Rok XLV. Kraków 7 Kwietnia 1906. Nr. 14.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

**Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie (prymaryusz dr. Bogdanik).**

## O przekrwieniu biernem według Biera ze szczególnem uwzględnieniem ran pooperacyjnych i zgorzeli starczej.

Podał
**Dr. Artur Frommer**
I sekundaryusz oddziału[1]).

W obszernej monografii „Przekrwienie jako środek leczniczy“ [2]) stwierdza Bier następujące zjawiska:

1) Każdy narząd, który pracuje, ulega w czasie swej czynności przekrwieniu.

2) Wśród rozrostu i każdego odradzania się nastaje miejscowe przekrwienie i to tem znaczniejsze, im rozrost jest szybszy i energiczniejszy. Jako przykład podaje Bier wytwarzanie się rogów u jeleni, zapłodnienie, jakoteż i dalszy rozwój płodu.

3) Przekrwienie powstaje jako odczyn przy dostaniu się jakiegoś obcego ciała w najszerszem tego słowa znaczeniu, czy to będzie ciało obce znacznej wielkości, czy też ledwo dostrzegalne (drobnoustroje), czy najbardziej drażniące chemicznie ciało, czy też części samego ustroju obumarłe (jak naprzykład krew, która dostała się do tkanek wskutek wybroczenia).

W każdym takim przypadku powstaje przekrwienie znacznego stopnia. Na podstawie tych spostrzeżeń dochodzi autor do następującego wniosku: Niema żadnego ogniska chorobowego, któreby wywoływało w swej okolicy niedokrwienie. Naokoło każdego ogniska chorobowego natomiast powstaje jak najsilniejsze przekrwienie. Jeżeli zaś będziemy uważać stały ten odczyn za czynnik przyrody, pożyteczny dla sprawy gojenia się, to musimy przyznać, że przekrwienie jest najważniejszym samoistnym środkiem leczniczym każdego ustroju.

W celach leczniczych stosuje Bier przekrwienie czynne, oraz bierne. Przekrwienie czynne występuje w danej części ciała przy wzmożonym przypływie krwi tętniczej tak, że przez jego sieć naczyniową przepływa znacznie więcej krwi, bierne zaś powstaje wskutek utrudnienia odpływu żylnego i wypełnienia tej części ciała krwią żylną. Przekrwienie czynne tętnicze powstaje przy zastosowaniu rozmaitych środków, jak n. p. ciepła w najróżnorodniejszej postaci, oraz przy zastosowaniu środków drażniących skórę, jak jod, wyskok, olejek terpentynowy, azotan srebra i t. d. Za najważniejszy sposób wywołania przekrwienia czynnego uważa autor wynalezione przez siebie przyrządy do zastosowania gorącego powietrza na najrozmaitsze części ciała. Zapomocą dokładnych spostrzeżeń udowadnia Bier, że przy stosowaniu leczniczem tych przyrządów następuje jak najsilniejsze przekrwienie czynne [3]), mające ogromne znaczenie w leczeniu różnych przewlekłych chorób. Przekrwienie bierne stosuje Bier, zakładając lekko opaskę gumową na kończynę. Wskutek tego powstaje utrudnienie krążenia żylnego; żyły skórne obrzmiewają, przyczem występują znacznie wyraźniej. Kończyna przybiera odcień sinawy, cała część ciała poniżej opaski obrzęka mniej lub więcej zależnie od stopnia i trwania ucisku, przyczem tętno w uciśniętej kończynie powinno być wyraźnie macalne. Ciepłota części przekrwionej nie powinna się obniżyć. Objawy te w częściach chorobowo zmienionych (szczególniej przy stanach zapalnych) są znacznie silniejsze, niż na zdrowej kończynie, poddanej takiemu samemu uciskowi. Na podstawie różnych doświadczeń stwierdza autor dalej, że przekrwienie to sięga do najgłębszych warstw i obejmuje nawet jamę szpikową kości. Oba rodzaje przekrwienia, a więc tak czynne, jak i bierne, nie dadzą się ściśle oddzielić; oba po dłuższem stosowaniu opaski występują równocześnie, przechodząc jeden w drugi. Podając dokładnie piśmiennictwo, przytacza Bier badaczy, którzy w ten sam sposób wytwarzali przekrwienie bierne przy złamaniach kości, oraz przy stawach wrzekomych celem uzyskania lepszego odżywienia i, co za tem idzie, znaczniejszego wytwarzania się kostniny. Tutaj należą mniej lub więcej obszerne prace Ambrożego Paré, Dummreichera, Nicoladoniego, Thomasa i Helfericha. Wyłączną zasługą autora pozostanie celowe i systematyczne stosowanie przekrwienia biernego w całym szeregu chorób zapalnych, w których to cierpieniach zastosowanie tego środka było według dotychczasowych pojęć wprost wzbronione. Pierwsze próby w tym kierunku ogłosił autor w roku 1892. Potem ogłosił cały szereg prac, w których podaje wyniki tego leczenia, oraz ostrzega o rozmaitych przypadach, wikłających przebieg leczenia.

We wspomnianej na początku pracy określa Bier jak najdokładniej sposób i technikę zastosowania przekrwienia w rozmaitych sprawach chorobowych, oraz określa, jak długo trwać ma każdym razem przekrwienie (w gruźlicy

[1]) Według demonstracyi w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem dnia 16 kwietnia oraz 6 listopada 1905.

[2]) Hyperämie als Heilmittel. Wydanie I, 1903. wydanie II, 1905.

[3]) Wywołane w ten sposób przekrwienie uważa jednak Bier obecnie raczej za bierne, jak to własnoręcznie dopisał w tem miejscu przeglądając niemiecki rękopism tej pracy. (*Przyp. autora*).

stawów i kości 1 do 2 godzin dziennie, zamiast, jako to pierwotnie podał, 10 do 20 godzin na dobę). Równocześnie poleca zastosowanie przekrwienia biernego w zapaleniu stawów, tak ostrem, jak przewlekłem, w pierwszym rzędzie przy zajęciu stawów na tle wiewióra. Dalej opisuje szczegółowo kilka przypadków, jak przypadek zapalenia ropnego ścięgien, zapalenia ropnego tkanki podskórnej, zapalenia szpiku kostnego kości udowej z równoczesnem zajęciem stawu kolanowego, w ten sposób wyleczonych. Pomyślne wyniki leczenia tych przypadków przekrwieniem biernem przypisuje Bier tylko tej okoliczności, że były to przypadki świeże, w których nasilenie choroby oraz utrudnienie krążenia nie były daleko posunięte; wspomina o trudności takiego założenia opaski, aby wywołać właściwe przekrwienie bierne, zwane przez Biera gorącem przekrwieniem i przestrzega przed nieostrożnem stosowaniem tego środka.

Po całym szeregu doświadczeń (101 przypadków) z początkiem roku 1905 [4]), oraz na zjeździe chirurgów w Berlinie rozszerza Bier już stanowczo zakres leczenia przekrwieniem biernem także na zapalenie ropne wielkich stawów, zapalenie ropne tkanki podskórnej, ścięgien, zapalenie szpiku kostnego ostre i przewlekłe, jakoteż i zapalenie ucha środkowego z następowem zajęciem wyrostka sutkowego. Równocześnie na zjeździe chirurgów przedstawia przyrządy ssące, zbudowane na wzór baniek, służące do aspiracyi ropy, nawet przez mały otwór. Są to naczynia szklane najrozmaitszych kształtów, w których zapomocą pompki rozrzedzamy powietrze. Przyrządy te umożliwiają wywołanie przekrwienia biernego na różnych miejscach tułowia. Specyalne przyrządy służą do wywołania przekrwienia biernego przy zapaleniu ropnem tkanki podskórnej na palcu, oraz przy zapaleniu gruczołu sutkowego. Ostatnie doświadczenia w leczeniu gruźlicy stawów przekrwieniem biernem podał Klapp w zastępstwie Biera na międzynarodowym zjeździe chirurgów w Brukseli we wrześniu 1905.

Leczenia przekrwieniem biernem próbowaliśmy w ostatnich czasach w trzech grupach przypadków, które różniąc się zasadniczo od siebie, różnej też wymagają techniki leczniczej i przez Biera dotychczas każda w inny sposób leczone były. Są to:

A) Gruźlica stawów i kości.

B) Sprawy zapalne i ich następstwa; z tych stosowaliśmy przekrwienie bierne: 1) w zapaleniu ostrem szpiku kostnego, 2) w doleczaniu po sekwestrotomii, 3) w ropieniu ostrem wyrostka sutkowego po ostrem zapaleniu ucha środkowego, 4) w przewlekłem zapaleniu wyrostka sutkowego, 5) w ropnem zapaleniu stawów, tkanki podskórnej i ścięgien.

C) Zgorzel starcza i przedwczesna.

W niektórych przypadkach, w których Bier zaleca stosować przekrwienie bierne przez czas długi (kilkanaście godzin na dobę), próbowaliśmy zakładać opaskę na czas krótszy; ta zmiana techniki, o której jeszcze niżej powiemy, jeżeli okaże się w większej liczbie przypadków korzystną, mogłaby znacznie ułatwić leczenie sposobem Biera.

[4]) Behandlung akuter Eiterungen mit Stauungshyperämie. Münchener medizinische Wochenschrift. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Tom XXXIV. Berlin 1905. II. Strona 107. — Hyperaemie als Heilmittel. Wyd. II. 1905.

## A) Gruźlica stawów i kości.

Przekrwienie bierne stosowano na naszym oddziale już od lat dziesięciu. Co do wyników, to przez ostatnie osiem lat podczas mojej służby na oddziale nie były one bardzo zadowalniające. Obecnie po wykształceniu naszej techniki muszę przyznać, że dawniej popełnialiśmy wogóle następujące błędy. Opaskę zakładaliśmy za mocno, wskutek czego chorzy skarżyli się na tak dotkliwe bole, że można było stosować ucisk opaską tylko przez kilka do kilkunastu minut. Jeżeli i pomimo tego stwierdzaliśmy pewną poprawę, oczywiście niezależnie od wyników, osiągniętych przez stosowanie innych środków leczniczych zachowawczych, to była ona prawdopodobnie skutkiem przekrwienia czynnego odruchowego. Wiadomo bowiem, że po zdjęciu silnego uciskowego opatrunku, podobnie jak po zdjęciu silnie zaciągniętego węża Esmarcha, następuje na kończynie przekrwienie czynne odczynowe (reactive Hyperämie). Przypadki te, jako nienadające się tutaj, pomijam. W miarę wykształcenia naszej techniki, wyniki nasze stawały się coraz lepsze tak, że od kwietnia 1905 w czterdziestu dwóch przypadkach gruźlicy stosowaliśmy już wyłącznie przekrwienie bierne.

Według przepisu Biera zakładamy opaskę na jedną lub dwie godziny dziennie i to najczęściej dwurazowo. Stosunkowo bardzo mały ucisk wystarcza, aby wywołać mierny obrzęk kończyny, poddanej działaniu przekrwienia. Z początku występują bardzo wyraźnie żyły podskórne większe i mniejsze i zaczerwienienie tylko miejsca chorego. Po upływie kilku minut występuje nieznaczny obrzęk, cała kończyna aż do miejsca uciśniętego przybiera barwę sinawą z wyjątkiem niektórych miejsc, zabarwionych różowo, w okolicy miejsca chorego. Ta barwa sinawa ustępuje po dłuższym ucisku palcem, zmieniając się na żywo czerwoną. Kończyna jest ciepła, a różnica ciepłoty najwyraźniejsza jest w miejscu chorem. Opaska sama nie powinna sprawiać żadnej dolegliwości, ruchy pozostają swobodne. Zmiany te występują najwyraźniej w początkach leczenia; przy pomyślnym przebiegu leczenia objawy przekrwienia, wywołanego przez ucisk opaski, są coraz mniejsze. Stan ten trzeba ciągle nadzorować, gdyż nawet w ciągu jednej godziny mogą powstać objawy znaczniejszego ucisku, dla celów leczniczych szkodliwego. Powodem takiej zmiany bywa najczęściej powstały po kilku minutach następowy obrzęk, który powiększa działanie opaski.

Znaczniejszy ucisk poznajemy po następujących objawach: skóra staje się jednostajnie siną, przy mocniejszym jeszcze ucisku występują plamy żywo czerwone, czasem i żółte, a chory zaczyna skarżyć się na bole. Zmian tych można uniknąć tylko przez jaknajostrożniejsze stopniowanie siły ucisku tak, że w początkach nieraz dopiero po kilkukrotnych próbach, mniej lub więcej udałych, można się przekonać, jaki stopień przekrwienia jest potrzebny i użyteczny w danym przypadku. Najwięcej w tym względzie, szczególniej przy małej wprawie lekarza, może pomódz sam chory. Wydarza się to przedewszystkiem w chorobach, pociągających za sobą wyraźną bolesność i ograniczenie ruchów tak biernych, jak i czynnych. W przypadkach tych chory już nieraz w kilka lub kilkanaście minut po umiejętnem zastosowaniu przekrwienia biernego czuje znaczną ulgę w bolach, oraz znaczną poprawę przy ruchach biernych, a także i przy czynnych, o ile są możliwe. Dlatego

też najlepszem polem do nauczenia się stosowania przekrwienia są te zmiany chorobowe, w których nastaje znaczna bolesność, oraz utrata ruchów, jak n. p. początkowe zapalenia ropne tkanki podskórnej lub ścięgien.

W gruźlicy stawów i kości po przezwyciężeniu początkowych błędów mieliśmy wyniki stosunkowo bardzo dobre. Leczyliśmy wogóle przypadków 42 (obacz tablica):

| | Uleczonych | Z poprawą | Bez skutku | Razem |
|---|---|---|---|---|
| Tbc. manus | 2 | — | — | 2 |
| Olenitis tbc. | 5 | 3 | — | 8 |
| Gonitis tbc. | 4 | 1 | 5 | 10 |
| Tbc pedis | 7 | 6 | 3 | 16 |
| Tendovaginitis tbc. | — | 2 | — | 2 |
| Osteomyelitis tbc. | 4 | — | — | 4 |
| Razem | 22 | 12 | 8 | 42 |

Nie zapominaliśmy oczywiście o leczeniu ogólnem.

Co do ustalania kończyny, to przy zmianach kończyny górnej pozwalaliśmy za przykładem Biera na wykonywanie miernych ruchów, przy zmianach kończyny dolnej sporządzaliśmy opatrunki ustalające do zdejmowania, które chorzy nosili podczas chodzenia.

Najlepsze wyniki uzyskaliśmy w przypadkach rozlanego nacieku gruźliczego w otoczeniu zajętego stawu, nawet jeśli były przetoki, jak to objaśniają następujące spostrzeżenia:

1) Z., przyjęta na oddział 24/VIII. 1905. Rozpoznanie: *Osteomyelitis tbc. tibiae dextrae. Olenitis tbc. sinistr.* Przed trzema laty operowana z powodu zmian kości piszczelowej prawej. Chora od kilku lat. Obecnie skarży się na znaczne pogorszenie od kilku tygodni.

Stan obecny 24/VIII. W narządach wewnętrznych zmian wykryć nie można. Staw łokciowy lewy obrzękły, kształtu wrzecionowatego. Obwód stawu chorego większy o 8 cm., aniżeli po stronie zdrowej. Po stronie tylnej przetoka, wydzielająca ciecz ropiastą. Ruchy bierne i czynne upośledzone. Goleń prawa obrzękła, obrzęk sięga także i na staw skokowy. Na przedniej powierzchni goleni wyraźna blizna długości 24 cm.; po stronie zewnętrznej równolegle do tej druga mniejsza. Kość piszczelowa znacznie rozdęta, przy silniejszym ucisku bolesna. W okolicy blizny przetoka, wydzielająca ciecz ropiastą. Stosowano przekrwienie bierne dwa razy dziennie po godzinie. Stan chorej coraz lepszy. Obecnie (grudzień 1905) ruchy bierne i czynne w stawie łokciowym swobodne. Na goleni pozostało tylko nieznaczne zgrubienie kości.

2) Jan G., wyrobnik, przyjęty 14/VI. 1905, wyszedł 7/VII. 1905. *Tbc. pedis dextri.* Chory od kilku miesięcy, od 5 tygodni znaczne pogorszenie.

Stan obecny: Stopa w całości obrzmiała, na grzbiecie stopy mała przetoka o wywiniętych brzegach, wydzielająca ciecz ropiastą, skóra na stopie naciekła, koloru brudno-czerwonego. Obrzmienie po 3 tygodniach znacznie zmalało, wydzielina znacznie mniejsza, przetoka się zabliźnia, ruchy swobodniejsze. 7/VII. Ruchy zupełnie swobodne.

Natomiast w dwóch następnych przypadkach, w których wytworzył się przewlekły ropień gruźliczy, kilkotygodniowe stosowanie przekrwienia biernego nie odniosło skutku, wobec czego musieliśmy przejść do leczenia zapomocą wstrzykiwań mieszanki jodoformowo-glicerynowej i ustalenia chorego stawu, poczem dopiero wynik był zadowalniający.

1) P. Julia, lat 30, przyjęta 19/VII 1905. *Gonitis tbc.* Chora od kilku miesięcy.

Stan obecny: Staw kolanowy prawy obrzękły równomiernie, chełbotanie wyraźne, rzepka balotuje. Stosowano przekrwienie bierne bez skutku przez 5 tygodni. 25/VIII. Przez nakłucie wypuszczono obfitą treść ropiastą. Wstrzykiwanie mieszanki jodoformowej co 10 do 14 dni. Ustalenie stawu, obecnie (grudzień 1905) stan dobry.

2) P., lat 18, przyjęta 25/VI. 1905. *Tbc. pedis.* Chora od kilku miesięcy.

Stan obecny: Staw skokowy, oraz grzbiet stopy równomiernie obrzękłe, upośledzenie ruchów biernych i czynnych. Stosowano przekrwienie bierne bez skutku do dnia 25/IX. Wypuszczono ze stawu treść ropną. Wstrzykiwania mieszanki jodoformowej co 10 dni, opatrunek ustalający. Obecnie (grudzień 1905) stan stosunkowo dobry.

Przeciwnie w przypadkach, w których przez kilka, a nieraz kilkanaście miesięcy stosowanem leczeniem zachowawczem (czy to w postaci wstrzykiwań mieszanki, czy opatrunków ustalających) uzyskano wprawdzie polepszenie, jednak bez zupełnego uleczenia, — doleczanie przekrwieniem biernem w krótkim czasie dawało wynik zadowalniający, nawet w przypadkach bardzo ciężkich. Byli to chorzy, którzy po dłuższem poprzedniem leczeniu opuścili byli dawniej szpital z poprawą, ale po pewnym czasie czyto z powodu zaniechania leczenia miejscowego, czyto wskutek nieostrożnych ruchów chorą kończyną dostawali nawrotu i ponownie do szpitala zgłosić się musieli.

Objaśnią to następujące spostrzeżenia:

1) C., lat 27, wyrobnik, przyjęty 1/IV. wyszedł 17/VI. 1905. *Gonitis tbc.* Chory od trzech lat. Kilkakrotnie leczony w szpitalu na oddziele chirurgicznym wstrzykiwaniem mieszanki jodoformowej, oraz ustaleniem. Obecnie zgłasza się po raz czwarty z nawrotem cierpienia.

Stan obecny: Staw kolanowy lewy obrzękły dość znacznie, kształtu wrzecionowatego. Obrzmienie ciastowate, skóra w tem miejscu prawie nie zmieniona, blada; rzepka nie balotuje. Kolano przykurczone pod kątem 150°, nie daje się wyprostować. 10/IV. Założono opaskę na godzinę dziennie. 20/IV. Stan znacznie lepszy, ruchy w stawie możliwe. 10/V. Obrzęk mniejszy, ruchy znacznie swobodniejsze. 17/VI. Chory wyleczony. Ruchy w stawie swobodne.

2) S. Józef, lat 16, przyjęty 20/V. 1905, wyszedł 29/VII. *Gonitis tbc.* Już przed 4 laty stosowano wstrzykiwania i ustalanie w szpitalu św. Ludwika. Od 26 kwietnia do 18 maja b. r. był leczony w szpitalu w Rzeszowie.

Stan obecny: Chory bardzo licho odżywiony i zbudowany. Kolano lewe wrzecionowato obrzękłe, o 15 cm. grubsze, aniżeli prawe. Z licznych przetok wydziela się ropa płynna, gęsta. Założono opaskę Biera na godzinę dziennie. Powoli kolano klęsło, ruchy wracały, chory czuł się coraz lepiej. 29/VII. Wyleczony. Ruchy bierne i czynne swobodne.

Dalej pozwolę sobie przytoczyć przypadki, w których po częściowych resekcyach, wykonanych w innych zakładach lub na naszym oddziele, gojenie się ran pooperacyjnych postępowało bardzo powoli. Z ran, pokrytych wybujałą, bladą ziarniną, wydzielała się przez długi czas gęsta brudna ropa. W tych przypadkach użyliśmy przekrwienia biernego celem doleczania. Tutaj stosowane przekrwienie także przez jedną godzinę dziennie zmieniało zupełnie przebieg doleczania. Bez zakładania żadnych setonów, po wyjęciu sączków jamy wypełniały się szybko, wydzielina zmniejszała się, równocześnie ustawały bole, powracała ruchomość i przy zastosowaniu stosownego ogólnego i miejscowego leczenia kończyna odzyskiwała ruchy bierne i czynne, a chorzy mogli powrócić do pracy.

Następujące spostrzeżenia przytaczam jako objaśnienie powyższych słów:

1) K. Janina, przyjęta 9/VI. 1905, wyszła 20/VII. *Tbc. pedis sinistri.* Chora przesłana z kliniki chirurgicznej w kilka tygodni po wykonaniu kilkakrotnych resekcyi atypowych. Chora podaje, że opatrunki z powodu znacznej bolesności zmieniano na klinice w uśpieniu.

10/VI. Stan obecny: Po zdjęciu opatrunku gipsowego, stopa lewa znacznie obrzękła, na powierzchni skóry dwie rany ziarnujące, drążące w głąb kości, wypchane setonami z gazy jodoformowej. Rany po wyjęciu setonów krwawią. Ruchy bierne i czynne niemożliwe. Na oddziele leczono chorą sposobem Biera, zakładając opaskę powyżej kolana na godzinę dziennie. 20/VII. Chora opuszcza szpital na własne żądanie prawie wyleczona. Przetoki zagojone, blizny po resekcyi nie zupełnie jeszcze zagojone, ale wydzielina z ran bardzo skąpa. Odżywienie lepsze. Zalecono kąpiele i opaskę Biera.

2) D. Jakób, przyjęty 30/VII, przysłany z kliniki chirurgicznej po wykonaniu atypowych resekcyi. *Tbc. pedis dextri.*

Stan obecny: Cała stopa lewa obrzmiała i zniekształtniona aż po staw skokowy, z licznemi przetokami, z których wydobywa się ciecz ropiasta. Leczono opaską Biera (godzina dziennie). 7/VIII. Opuścił szpital ze znaczną poprawą. Dalsze leczenie ambulatoryjne. Obecny stan znacznie lepszy.

3) P. Józef, lat 19. *Tbc. multiplex, fistulae tbc. manus, caries tbc. metatarsi dext.* Od roku cierpienie nogi prawej, a od $1^1/_2$ roku cierpienie ręki lewej. Przyjęty na oddział 6/VI.

Stan obecny: Znaczne obrzmienie stopy prawej i zasinienie skóry przy zewnętrznym brzegu stopy. Ręka lewa obrzmiała, przetoka po stronie grzbietnej ręki na śródręczu, blizko nasady palca dużego. Przetoka ma brzegi wywinięte i wydziela ciecz ropiastą. Otoczenie przetoki sino zabarwione. 26/V. *Excochleatio.* Wyskrobano łyżeczką części spróchniałe na stopie i ręce i opatrzono. Operacyę wykonano w uśpieniu eterowem. Po kilku dniach poczęto stosować celem doleczania opaskę Biera na godzinę dziennie. 30/VII. Chory opuszcza szpital ze znaczną poprawą. (C. d. n.)

Z kliniki lekarskiej i pracowni farmakologicznej wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu.

## Chlorek barowy jako środek sercowy.

(Badania kliniczno-doświadczalne).

Podał

**Docent Witold Orłowski.**

(Dokończenie.)

Przechodzę wreszcie do doświadczeń, które miały na celu zbadać wpływ chlorku barowego na ciśnienie krwi u psów. Przytoczę 2 z tych doświadczeń.

Dośw. I. 19.XII 1905. Pies, ważący 7920 grm. Do prawej żyły udowej wstawiono rurkę. Lewą tętnicę udową połączono zapomocą szklanej rurki i rurki kauczukowej z manometrem rtęciowym i przyrządem zapisującym. Prawy nerw błędny odosobniono i wzięto na nitkę. Tracheotomia; rurkę tracheotomijną połączono z przyrządem do sztucznego oddychania. Psa unieruchomiono przez wstrzyknięcie do żyły udowej 3 ccm. 1 prc. kurary. Liczba skurczów serca (obliczona z krzywej ciśnienia) w ciągu 5″ 11, w ciągu 1′ 132; ciśnienie krwi 164—152.

| Czas | Ciśnienie krwi w mm. | Liczba skurczów serca w ciągu 5 s. | Uwagi |
|---|---|---|---|
| Do wprowadzenia chlorku barowego | | | |
| 15—10 s. | 164—152 | 11 | |
| 10— 5 „ | 164—152 | 11 | |
| 5— 0 „ | 164—152 | 11 | |
| Po wprowadzeniu | | | Do żyły udowej wprowadziłem 2 ccm. 1% $BaCl^2$, więc 0,02 grm. |

| Czas | Ciśnienie krwi w mm. | Liczba skurczów serca w ciągu 5 s. | Uwagi |
|---|---|---|---|
| 0— 5 s. | 164—152 | 11 | |
| 5—10 „ | 170—154 | 11 | Zwiększenie fali tętniczej. |
| 10—15 „ | 170—154 | 10 | |
| 15—20 „ | 170—150 | 9 | |
| 20—25 „ | 190—150 | 9 | |
| 25—30 „ | 202—180 | 9 | |
| 30—35 „ | 224—194 | 10 | |
| 35—40 „ | 252—190 | 8 | |
| 40—45 „ | 280—200 | 7 | |
| 45—50 „ | 284—204 | 7 | |
| 50—55 „ | 290—200 | 6 | |
| 55—60 „ | 292—210 | 6 | |
| 1 m. 0 s.— 1 m. 5 s. | 290—204 | 6 | |
| 1 „ 5 „— 1 „ 10 „ | 292—202 | 5 | |
| 1 „ 10 „— 1 „ 15 „ | 280—200 | 6 | |
| 1 „ 15 „— 1 „ 20 „ | 280—190 | 6 | |
| 1 „ 20 „— 1 „ 25 „ | 252—180 | 6 | |
| 2 „ — „— 2 „ 5 „ | 250—180 | 6 | |
| 3 „ — „— 3 „ 5 „ | 240—170 | 6 | Ciśnienie krwi w dalszym ciągu obniża się stopniowo mniej więcej o 10 mlm co 1; fale tętnicze stopniowo zbliżają się do pierwotnych. Wobec tego niżej podaję tylko niektóre momenty, kierując się przeważnie zmianą liczby tętna. |
| 4 „ — „— 4 „ 5 „ | 240—170 | 6 | |
| 5 „ — „— 5 „ 5 „ | 234—162 | 6 | |
| 6 „ — „— 6 „ 5 „ | 230—160 | 6 | |
| 7 „ — „— 7 „ 5 „ | 220—150 | 7 | |
| 8 „ — „— 8 „ 5 „ | 212—142 | 7 | |
| 9 „ — „— 9 „ 5 „ | 210—140 | 7 | |
| 10 „ — „—10 „ 5 „ | 200—140 | 8 | |
| 11 „ — „—11 „ 5 „ | 200—140 | 9 | |
| 12 „ — „—12 „ 5 „ | 196—136 | 9 | |
| 13 „ — „—13 „ 5 „ | 190—140 | 10 | |
| 14 „ — „—14 „ 5 „ | 182—154 | 11 | |
| 14 „ 45 „—14 „ 50 „ | 170—160 | 12 | |
| 14 „ 50 „—14 „ 55 „ | 172—152 | 12 | |
| 14 „ 55 „—15 „ 0 „ | 170 196 | 13 | |
| | | | Do żyły udowej wprowadziłem jeszcze 3 ccm., więc 0,03 grm. $BaCl^2$. |
| 15 „ 0 „—15 „ 5 „ | 170—156 | 13 | |
| 15 „ 5 „—15 „ 10 „ | 170—156 | 13 | |
| 15 „ 10 „—15 „ 15 „ | 180—160 | 11 | |
| 15 „ 15 „—15 „ 20 „ | 184—162 | 11 | |
| 15 „ 20 „—15 „ 25 „ | 210—174 | 11 | Znaczne zwiększenie fali tętniczej. |
| 15 „ 25 „—15 „ 30 „ | 230—190 | 11 | |
| 15 „ 30 „—15 „ 35 „ | 234—192 | 9 | |
| 15 „ 35 „—15 „ 40 „ | 244—200 | 9 | |
| 15 „ 40 „—15 „ 45 „ | 244—194 | 9 | |
| 15 „ 45 „—15 „ 50 „ | 240—190 | 9 | |
| 15 „ 50 „—15 „ 55 „ | 230—210 | 8 | |
| 15 „ 55 „—16 „ 0 „ | 250—210 | 9 | |
| 16 „ 0 „—16 „ 5 „ | 260—230 | 13 | Czynność serca niemiarowa. |
| 16 „ 5 „—16 „ 10 „ | 260—230 | 13 | „ |
| 16 „ 10 „—16 „ 15 „ | 254—230 | 13 | „ |
| 16 „ 15 „—16 „ 20 „ | 260—224 | 12 | „ |
| 16 „ 20 „—16 „ 25 „ | 260—222 | 13 | „ |
| 16 „ 25 „—16 „ 30 „ | 240—220 | 14 | „ |
| 16 „ 30 „—16 „ 35 „ | 244—220 | 14 | „ |
| 16 „ 35 „—16 „ 40 „ | 242—230 | 13 | Podrażnienie n błędnego prądem elektrycznym zostaje bez skutku. |
| 16 „ 40 „—16 „ 45 „ | 240—230 | 14 | Czynność serca niemiarowa. |
| 16 „ 45 „—16 „ 50 „ | 224—204 | 13 | „ |
| 16 „ 50 „—16 „ 55 „ | 228—210 | 14 | „ |
| 16 „ 55 „—17 „ 0 „ | 230—210 | 14 | „ |
| 17 „ 0 „—17 „ 5 „ | 220—202 | 13 | Podrażnienie n. błędnego prądem elektrycznym zostaje bez skutku. |
| 17 „ 5 „—17 „ 10 „ | 220—194 | 13 | Czynność serca niemiarowa. |
| 17 „ 10 „—17 „ 15 „ | 230—202 | 13 | |

Wobec wystąpienia drgawek doświadczenie przerwałem.

Doświadczenie II. 22/XII 1905. Pies ważący 8100 grm. Metodyka takasama, jak poprzednio. Ilość skurczów serca (obliczona z krzywej ciśnienia) w ciągu 5 sek. 10, w ciągu 1 min. 120, ciśnienie krwi 162—154 mm.

| Czas | Ciśnienie krwi w mm. | Liczba skurczów serca w ciągu 5 s. | Uwagi |
|---|---|---|---|
| Do wprowadzenia chlorku barowego | | | |
| 10— 5 s. | 162—154 | 10 | |
| 5— 0 „ | 162—154 | 10 | |
| Po wprowadzeniu | | | Do żyły udowej wprowadziłem 3 ccm. 1% $BaCl^2$, więc 0,03 grm. |
| 0— 5 s. | 162—154 | 10 | |
| 5—10 „ | 162—154 | 10 | |
| 10—15 „ | 170—142 | 9 | Zwiększenie fali tętniczej. |
| 15—20 „ | 200—140 | 8 | |
| 20—25 „ | 230—170 | 8 | |
| 25—30 „ | 250—194 | 7 | |
| 30—35 „ | 272—200 | 6 | |
| 35—40 „ | 280—202 | 5 | |
| 40—45 „ | 306—200 | 5 | |
| 45—50 „ | 300—210 | 4 | |
| 50—55 „ | 294—210 | 4 | |
| 55—60 „ | 300—212 | 4 | |
| 1— 1 m. 5 s. | 290—202 | 4 | Niżej podaję tylko niektóre mometny dla tychże przyczyn, co i w I doświadczeniu. |
| 2— 2 „ 5 „ | 294—200 | 4 | |
| 3— 3 „ 5 „ | 260—180 | 4 | |
| 4— 4 „ 5 „ | 254—182 | 5 | |
| 5— 5 „ 5 „ | 240—182 | 6 | |
| 6— 6 „ 5 „ | 244—180 | 6 | |
| 7— 7 „ 5 „ | 230—186 | 6 | |
| 8— 8 „ 5 „ | 220—182 | 7 | |
| 9— 9 „ 5 „ | 222—170 | 7 | |
| 10—10 „ 5 „ | 220—174 | 7 | |
| 11—11 „ 5 „ | 216—172 | 8 | |
| 12—12 „ 5 „ | 204—160 | 8 | |
| 13—13 „ 5 „ | 200—162 | 8 | |
| 14—14 „ 5 „ | 190—158 | 9 | |
| 15—15 „ 5 „ | 202—160 | 9 | |
| 16—16 „ 5 „ | 190—156 | 10 | |
| 17—17 „ 5 „ | 174—154 | 10 | Czynność serca niemiarowa. |
| 18—18 „ 5 „ | 174—154 | 11 | Podrażnienie n. błędnego zostaje bez skutku. |
| 19—19 „ 5 „ | 172—144 | 12 | |

Wobec drgawek doświadczenie przerwałem.

Z przytoczonych doświadczeń widzimy, że wraz z wprowadzeniem do krwi chlorku barowego ciśnienie krwi u psów szybko, już po 10—30″ podnosi się i dochodzi po 55—60″ szczytu, który znacznie przewyższa pierwotne ciśnienie. Ten okres aż do powrotu ciśnienia krwi do stanu pierwotnego trwa przy dawkach 0,0025—0,004 na kilogr. 15—16′. Fala krwi, wyrzucona podczas skurczu serca, odrazu zwiększa się. Czynność serca ulega zwolnieniu i tak, w pierwszem z przytoczonych doświadczeń ilość skurczów serca wynosiła w ciągu 15″, poprzedzających wprowadzenie 0,02 grm chlorku barowego, 33, w pierwsze 15″ po wprowadzeniu tej dawki 32, w następne 15″ 27, potem idą ilości 25, 19, 17 i t. d. Zwolnienie pracy serca wskutek dawek 0.0025—0,004 grm na kilogram trwa minut 13 i stopniowo ustępuje miejsca pierwotnej częstości lub bardzo słabo wyrażonemu przyspieszeniu pracy serca. W tym ostatnim okresie amplituda skurczów serca, wzmożona w okresie zwolnionej pracy, również wraca do pierwotnej. Przy większych dawkach zwolniona czynność serca zaczyna ustępować miejsca pierwotnej lub nieco przyspieszonej jeszcze w okresie wysokiego ciśnienia lub przy ciśnieniu, tylko nieznacznie podniesionem. Przyspieszenie czynności serca jest jednak nieznaczne, ilość skurczów serca podnosi się o 25—30 uderzeń na 1′, w przeciwieństwie do digitaliny, która po okresie zwolnionej czynności serca wywołuje tak znaczne przyśpieszenie, że tętno nieraz staje się przeszło 2 razy częstsze. Od działania naparstnicy okres ten różni się i tem, że przy zatruciu chlorkiem barowym czynność serca w tym okresie jest nieprawidłowa, niemiarowa. Podrażnienie nerwu błędnego w tym okresie nie wywiera żadnego wpływu na charakter pracy sercowej.

Zestawiając teraz wszystkie moje doświadczenia, dochodzę do wniosku, że mechanizm działania chlorku barowego na krążenie krwi jest następujący: Punkt ciężkości działania baru leży we wpływie jego na naczynia, mianowicie chlorek barowy zwęża wszystkie naczynia ustroju, nie wyłączając prawdopodobnie tętnic wieńcowych serca. Tem on różni się od digitaliny, pod wpływem której niektóre naczynia zwężają się, niektóre zaś (wyrównawczo?) rozszerzają. W następstwie silnego zwężenia naczyń ciśnienie krwi szybko podnosi się do wysokich liczb. Wzmożone ciśnienie krwi wywołuje nasilenie pracy serca, a pośrednio przez podniecenie ośrodków nerwów błędnych w rdzeniu przedłużonym zwolnienie czynności serca. Działanie to jednak trwa krótko, wkrótce bowiem powraca pierwotna praca serca i pierwotne ciśnienie krwi lub następuje słabe przyśpieszenie czynności serca, przebiegające z nieprawidłową jego pracą. Podrażnienie nerwu błędnego w tym okresie nie wywiera żadnego skutku. W jaki sposób tłómaczyć sobie ten okres, czy przez porażenie nerwów błędnych, czy przez podniecenie nerwów przyspieszających czynność serca, jaką rolę odgrywa tu zaburzenie w odżywianiu serca wskutek zwężenia jego naczyń i szkodliwe działanie chlorku barowego na mięsień sercowy, wreszcie różnorodne kojarzenie się wszystkich tych czynników, tego zagadnienia nie rozwiązywałem, ponieważ ten okres działania chlorku barowego, jako wysoce toksyczny, dla mnie, jako klinicysty, nie miał już znaczenia. Na podstawie moich doświadczeń mogę jednak poniekąd odrzucić porażające działanie chlorku barowego na n. błędny, ponieważ wprowadzenie do ustroju w okresie przyspieszenia czynności serca nowej dawki chlorku barowego nie wywołuje ponownego zwolnienia tętna. Na sam mięsień sercowy chlorek barowy wywiera, wbrew zdaniu Bary, Schedela i innych, działanie nie podniecające, lecz wprost porażające.

Jeśli porównać teraz działanie chlorku barowego na krążenie z działaniem naparstnicy, to łatwo przekonać się, że pierwszy okres zwolnionej i wzmożonej pracy serca i podniesionego ciśnienia krwi wielce przypomina działanie naparstnicy lub digitaliny. Lecz przy działaniu tych środków okres ten ma zupełnie inne pochodzenie. Działanie naparstnicyześrodkowuje się przedewszystkiem i przeważnie bezpośrednio na mięśniu sercowym: praca mięśnia zwiększa się znacznie; równocześnie przeważnie wskutek wzrostu ciśnienia krwi ośrodki nerwów błędnych w rdzeniu przedłużonym przechodzą w stan podrażnienia, co wywołuje zwolnienie czynności serca; obwodowe pierwiastki hamujące nerwów błędnych ulegają również podrażnieniu, czego dowodzą doświadczenia na odosobnionem sercu. Wskutek zwiększenia siły skurczowej serca i większego, niż zwykle, rozkurczowego zwiotczenia serca, poczęści zaś wskutek zwężenia naczyń ciśnienie krwi podnosi się. Okres ten trwa długo. Po nim następuje okres wysokiego ciśnienia krwi i silnego przyspieszenia czynności serca w zależności od porażenia hamujących pierwiastków

nerwów błędnych w sercu; siła skurczów odosobnionego serca w tym okresie nie zmienia się lub nawet jeszcze zwiększa się w porównaniu do okresu zwolnionej czynności serca (Boczarow). Dopiero w następnym okresie zjawia się niemiarowa praca serca, do której dołącza się obniżenie ciśnienia krwi, osłabienie tętna i ustanie czynności serca Tego przejściowego okresu nader przyspieszonej czynności serca z zachowaniem jej prawidłowości i z jednoczesnem wysokiem ciśnieniem krwi chlorek barowy nie wywołuje. Dodatnie działanie digitaliny trwa długo i występuje stopniowo, natomiast chlorek barowy działa szybko i przemijająco. Jedną z przyczyn tej różnicy stanowi różny wpływ chlorku barowego i digitaliny na naczynia krwionośne: przy działaniu digitaliny następuje zwężenie naczyń, przeważnie narządów brzusznych i jednocześnie (wyrównawczo ?) rozszerzenie naczyń obwodowych (skóry, mięśni i t. d.); chlorek barowy przeciwnie zwęża wszystkie naczynia ustroju i wskutek tego szybko podnosi ciśnienie krwi. Jednem słowem, digitalina zwiększając pracę serca przez zwężenie niektórych naczyń, zwiększa jednocześnie bezpośrednio energię skurczów mięśnia sercowego, z drugiej zaś strony, rozszerzając (wyrównawczo ?) naczynia obwodowe, zmniejsza przeszkody dla jego pracy. Chlorek barowy przeciwnie, zwężając wszystkie naczynia, nawet prawdopodobnie tętnice wieńcowe serca, nie tylko nakłada na serce ogromną pracę, lecz jednocześnie obniża odżywianie mięśnia sercowego i działa nań porażająco. Oczywistą jest rzeczą, że takiego środka nie można zaliczać do środków sercowych we właściwem znaczeniu tego słowa, ani stawiać na równi z naparstnicą.

Zestawiając teraz wyniki moich doświadczeń z danemi, zebranemi u łoża chorych, dochodzę do wniosku, że one nie tylko nie przeczą sobie, lecz dopełniają się wzajemnie. Istotnie bowiem, już spostrzeżenia kliniczne pouczyły mnie, że punkt ciężkości działania chlorku barowego leży nie w działaniu jego na serce, lecz w jego wpływie na naczynia krwionośne. Ten wniosek potwierdziły zupełnie również i przytoczone doświadczenia. Doświadczenia jednak wykryły, że chlorek barowy nie tylko nie podnieca bezpośrednio mięśnia sercowego, lecz przeciwnie działa na niego porażająco. Wobec tego łatwo teraz zrozumieć ujemne wyniki stosowania chlorku barowego we wszystkich przypadkach ze znacznem osłabieniem mięśnia sercowego, zwłaszcza w przypadkach jego zapalenia. Spostrzegane u niektórych chorych częstsze napady dusznicy sercowej w czasie zażywania chlorku barowego zależą też prawdopodobnie od porażającego działania chlorku barowego na mięsień sercowy i od zwężającego wpływu na tętnice wieńcowe serca.

Po tem wszystkiem, co powiedziałem, sprawa wskazań dla chlorku barowego, jako środka sercowego, rozstrzyga się sama przez się przecząco. Jeśli u niektórych z moich chorych, u których mięsień sercowy nie uległ jeszcze wybitniejszym zmianom, chlorek barowy wywoływał poprawę, to nie była ona skutkiem bezpośredniego wzmacniającego działania leku na serce, lecz wynikiem działania ubocznego przez zwężenie naczyń. Nic więc dziwnego, że poprawa trwała krótko i wkrótce ustępowała miejsca pogorszeniu. Chlorek barowy przeto, nie będąc lekiem sercowym we właściwem znaczeniu tego słowa, posiada jednocześnie takie własności, które zmuszają stanowczo orzec, że leku tego nie powinno się używać u chorych sercowych.

Kończąc swą pracę, muszę jeszcze zaznaczyć, że w ostatnim czasie Brat poleca podwójną sól teobrominbaru i salicylanu sodu, t. zw. barutynę. Środek ten zawiera 9,5% baru, 25,5% teobrominy, 50% salicylanu sodu i prawie 10% soli kuchennej i wody. Barutyna jest prawie 9 razy mniej trującą od chlorku barowego. Zawarta w niej teobromina ma, zdaniem Brata, na celu zmniejszyć szkodliwe działanie baru na naczynia nerkowe i tętnice wieńcowe serca. O ile można sądzić z doświadczeń Bibergeila (54) na królikach, moczopędne działanie barutyny o wiele przewyższa działanie chlorku barowego. Oprócz tych dwóch prac, żadnych innych o barutynie nie ogłoszono. Ponieważ osobiście nad tym środkiem nie pracowałem, więc nie mogę przesądzać jego wartości leczniczej.

**Piśmiennictwo.** I. Beaudelocque, Etudes sur les causes et le traitement de la maladie scrophuleuse. Paris 1834. Przytaczam podług Schmidt's Jahrbücher. 1835, t. 7, str. 112. — 2. Kölreutter. Bericht über die Versammlung der deutschen Naturforscher und Aerzte zu Stuttgart am 24/IX 1834. Przytaczam podług Schmidt's Jahrbücher 1835, t. V. str. 144. — 3. Walsh. Beobachtungen über den Gebrauch des Murias barytae gegen scrophulose Affectionen. Dublin. Press. 1846. Nr. 372. Przytaczam podług Schmidt's Jahrbücher 1846, str. 294—296. t. LII. 4. Przytaczam podług Podwysockiego. Lekcyi farmakologii. Kijew. 1885, str. 458. — 5 Listfranc. Gazette med. de Paris 1836, Nr. 14. — 6. Lagarde. Union méd. 1872, Nr. 119 str 537. — 7. Brodie. Philosoph. Transact. 1812, t CII, str. 205. Przytaczam podług Böhma, Bary. i Schedela. — 8 Campell. De venenis mineralibus. Edinbourg. Rozprawa, 1813. Przytaczam podług Bary, str. 8. — Orfila. Eléments de Toxicologie. Paris 1818. Przytaczam podług Bary, str. 8. — 10. Gmelin. Allgemeine Geschichte der thierischen und mineralischen Gifte 1806. str. 297 i Versuche über die Wirkungen des Baryts, Strontians, Molybdäns etc auf den thierischen Organismus. Tübingen 1824. Przytaczam podług Böhma. — 11. Blake. Edinb. med. Journ. 1841, str. 114. Przytaczam podług Böhma, Bary i Schedela. — 12. Onsum. Ueber die toxischen Wirkungen der Baryt- und Oxalsäureverbindungen. Virchows Archiv. 1863, Bd. XXXVIII, str. 233—237. — 13. Cyon. Ueber die toxischen Wirkungen der Baryt- und Oxalsäureverbingen Archiv für Anatomie, Physiologie und wissenschaftliche Medicin 1866. str. 196—203. — 14. Mialhe. Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique. 1856, str. 282. — 15. Ogier et Socquet. Empoisonnement par le chlorure de Baryum. Annales d'hygiéne publique 1891, t. XXV. str. 447. — 16. Stern. Vergiftung mit Chlorbaryum. Zeitschrift für Medicinalbeamte 1896, Heft 13. — 17. Neumann Ueber den Verbleib der in den thierischen Organismus eingeführten Baryumsalze. Pflüger's Archiv. 1885, Bd. XXXVI str. 576. — 18. Mickwitz. Vergleichende Untersuchungen über die physiologische Wirkung der Salze der Alcalien und alcalischen Erden. Inaug. Dissertation Dorpat 1874, str. 50—76. — 19. Böhm. Ueber die Wirkungen der Barytsalze auf den Thierkörper nebst Bemerkungen über die Wirkung des Wasserschierlings (Cicuta virosa) auf Frösche. Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie 1875. Bd III, str. 216—251. — 21. Bary. Beiträge zur Baryumwirkung. Inaug.-Dissertation Dorpat 1888. — 20. Ringer und Sainsbury. Investigations into the physiological action of barium chloride. Brit. med. Journal 11/VIII 1883, str 265 Przytaczam podług Virchow-Hirsch Jahresbericht 1883, Bd. XVIII. — 22. Schedel. Beiträge zur Kenntniss der Wirkung des Chlorbaryums besonders als Herzmittel. Stuttgart. 1903 — 23. Brat. Zur Wirkung des Chlorbaryums und Barutins. Berliner klinische Wochenschrift 1905, Nr. 38, str. 1220—1225. — 24. Kakowskij. O wlijanii razlicznych wjeszcz stw na wyrezanoje sjerdce chołodnokrownych i tjepłokrownych żywotnych Dorpat. Rozprawa na stopień doktora medycyny 1904 r. — 25. Kobert. Archiv für experimentelle Pathologie 1887 Bd. XXII, str. 77. — 26 Thompson. Ueber die Beeinflussung der peripheren Gefässe durch pharmakologische Agentien. Inaug. Dissertation. Dorpat 1886. — 27. Treu. Ueber die Beeinflussung der peripheren Gefässe durch Hautreizmittel und den electrischen Strom. Inaug.-Dissertation. Dorpat 1887. — 28. Paldrock. Ueber die Beeinflussung der Gefässe überlebender Organe warmblütiger Thiere durch pharmakologische Agentien. Arbeiten des pharmakol. Institut zu Dorpat 1896, Bd XIII. — 29. Pick. Ueber Beeinflussung der ausströmenden Blutmenge

durch die Gefässweite ändernde Mittel. Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie 1899. — 30. Zakusow. Kwoprosu o diejstwii jadow na sosudy izolirowanych poczek. Petersburg. Rozprawa na stopień doktora medycyny 1904. — 31. Brodie and Dixon. Contribution to the Physiology of the lungs. Part. II. Journal of Physiology. 1904, t. XXX, str. 476—502. Przytaczam podług Centralblatt für Physiologie 1905. Bd. XVIII, Nr. 11, str. 327. — 32 Flint. On the probable value of chloride of baryum in internal aneurism. Practitioner 1879, luty. Przytaczam podług Virchow-Hirsch Jahresber. 1879, Bd. I, str. 409 — 33. Hare. The use of Barium Chloride in heart disease. Med. News 16/II 1899 Przyt. podł. Virchow-Hirch. Jahres. 1890. s. 170· — 34. Jaksch. Nothnagels. Pathologie und Therapie Bd. I. Die Vergiftungen. Wien 1897, str. 78 i następne. — 35. v. Tabora. Ueber die therapeutische Verwendung des Chlorbaryums. Deutsche medicinische Wochenschrift 1903, Nr. 39. — 36. Mięsowicz. Chlorek barowy jako środek nasercowy. Przegląd lekarski. 1905, Nr. 12—13. — 47. Mac Callum. The influence of calium and barium on the chlor of urine. Universitety of California publications Physiology. 1904, I. Nr. 10. str. 81. Przytaczam podług Centralblatt für Physiologie. Bd. XVIII, Nr. 8, str. 263. — 38. Stolnikow. Archiv für Anatomie und Physiologie 1886. — 39. Pawłow. Ibidem 1887. — 40. Newell-Martin. Studies from the Biological Laborators of the Johns Hopkins University. 1881 i 1882, t. II. Przytaczam podług Hedbom. Scandinav. Archiv 1898, Bd. VIII. — 41. Martin. Philosophical Transactions. 1883. t. CLXXIV. — 42. Martin and Applegarth. Studies from the Biological etc. 1890, t. IV Podług Hedboma. 43. Czystowicz. Eine neue Methode zur Erforschung der Wirkung verschiedener Agentien auf das isolierte Herz der warmblütigen Thiere. Centralblatt f. Physiologie 1887, Bd. I, str. 133. — 44. Bohr und Henriquez. Scandinav. Archiv für Physiologie 1895, Bd. V. — 45. Hering. Methode zur Isolierung des Herz-Lungen-Coronarkreislaaufes bei unblutiger Ausschaltung des ganzen Centralnervensystems. Arch. f. d. gesam. Physiol. 1898, Bd. LXXII, str. 163. — 46. Bock. Untersuchungen über die Wirkung verschiedener Gifte auf das isolierte Säugethierherz Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie 1898, Bd. XLI. — 47. Langendorff. Untersuchungen am überlebenden Säugethierherzen. Archiv für die gesammte Physiologie 1895, Bd. LXI. — 48. Hebdom. Scandin. Archiv. für Physiologie 1898, Bd. VIII. — 49. Gottlieb und Magnus. Archiv für experiment Pathol. und Pharmakologie 1903, Bd. LI. — 50. Porter. American. Journal of physiology. 1898. t. I. — 51. Rusch. Pflüger's Archiv 1898, Bd. LXXIII. 52 Locke. Centralblatt für Physiologie 1901, Bd. XIV. — 53. Boczarow. O diejstwii razlicznych jadow na izolirowannoje serdce tepłokrownych żywotnych. Russkij Wracz. 1904, Nr. 36—39. — 54 Bibergeil. Experimentelle Untersuchungen über das Barutin, ein neues Diureticum. Deutsche medicinische Wochenschrift 1905, Nr. 15, str. 584—586.

### Sprostowania do artykułu doc. dr. W. Orłowskiego.

**Nr. 7, str. 107, szp. 2**, w. 18 z góry: Payau, czytaj *Payan;* Fonssagrives cz. *Foussagrives;* w. 28 z góry: Guecci, cz *Gnecci.*

**Nr. 9, str. 155, szp. 2**, w. 25 z dołu: warg, niewielka, cz. *warg; niewielki.* **Str. 156, szp. I**, w. 23 z góry 74000, cz. *74300*; w. 29 z góry: 24 —*27;* **szp. 2**, w 32 z dołu: 5130 — *51300;* w. 24 z dołu 1,011 — *1,015.* **Str. 157, szp. I**, w. 14 z góry: 6000 — *60000;* w. 17 z dołu: 76 — *86;* **szp. 2**, w. 45 z dołu: 0,5 — *0,05;* w. 21 z dołu: 0,84 — *0,084;* w. 17 z dołu: 0,8 — *0,08;* w. 12 z dołu: 15/XI. — *19/XI.;* w. 7 z dołu: 0,3 — *0,03.* **Str. 158, szp. I**, w. 14 z góry: 85 — *84;* w. 2 i 16 z góry: 0,3 — *0,03;* w. 21 z góry: 54 — *94;* w. 30 z góry: 63 — *66;* w. 38 z dołu: ciężar. właść. 1,006 — *cięż. właść. 1,005. 12/XII. Waga 76200. Tętno 102, skurczów serca 129, ciśn. krwi 145; oddechów 29; moczu 1600, cięż. właść. 1,006.;* w. 13 z dołu: 180 — *1800.* **Str. 159 szp. I**, w. 49 z dołu. 28 — *25;* w. 37 z dołu: Waga 70600 Tętno 86, skurczów serca 87 — *Waga 71.600. Tętno 86, skurczów serca 89, ciśn. krwi 180; oddechów 27; moczu 2300, cięż. właść. 1,008, ślady białka. 22/XII. Waga 70100. Tętno 86, skurczów serca 87*; w. 6 z dołu: 50 — *20;* **szp. 2**, w. 44 z dołu po słowie „zbita“ czytaj *Śledziona wyczuwalna na palec poniżej żeber, zbita;* w. 42 z dołu po „9/IV“ czytaj: *Waga 51000. Tętno 88, ciśn. krwi 125; oddechów 26; moczu 400, cięż. właśc. 1,020. 10/IV.;* w. 35 z dołu: 82 — *88;* w. 30 z dołu: 29500 — *49500*; w. 18 z dołu po „20/IV Waga“, czytaj *49700. Tętno 84; ciśn. krwi 125; oddechów 24; moczu 950, ciśż. wł. 1,018. 21/IV Waga;* w. 9 z dołu: 47000 — *47600.* **Str. 160, szp. I**, w. 40 z dołu po: „18/IV Waga 54000“, czytaj: *Tętno 86, ciśn. krwi 160, oddech 20; moczu 970. cięż. właść. 1,020. 19/IV. Waga 54000;* **szp. 2**, w. 6 z góry: czwartem — *szóstem;* w. 19 z góry po „ciśn. krwi 140“ czytaj: *oddechów 28; moczu 1100, cięż. wł. 1,014. 11/IX. Waga 69300. Tętno 68, niemiarowe, ciśn. krwi 140, oddechów 23;* w. 49 z góry po: „21/IX. Waga 69600“ czytaj: *Tętno 72, niemiarowe; ciśn. krwi 120; oddechów 24; moczu 1800, cięż. wł. 1,014. 22/IX Waga 69600;* w. 56 z góry: 34/IX — *24/IX.*

---

## Viskogen i Formasol.

Podał

**Doc. Dr. Ignacy Lemberger.**

W Nr. 47 »Przeglądu lekarskiego« z roku 1905 podałem wiadomość o środkach przeciwgnilnych, posiadających wysoką siłę odkażającą, wyrabianych w fabryce przetworów chemicznych »Beskid« w Białej, a mianowicie o środkach: kreseptol, septosol i litantrol zwanych. Dziś zapoznać chcę kolegów lekarzy z dwoma nowymi środkami, wyrabianymi w tejże samej fabryce, a są nimi viskogen i formasol.

Przetwory te poddałem rozbiorowi chemicznemu, nadto viskogen badaniu co do zachowania się wobec pewnych leków, a formasol badaniu co do siły odkażającej Wyniki tych badań były następujące:

Viskogen jest cieczą oleistą, barwy żółtej, przeźroczystą, która tworzy z wodą trwałą zawiesinę barwy mleczno-białej. W eterze, chloroformie, w eterze naftowym viskogen rozpuszcza się.

W stu częściach viskogenu znaleziono:

| | |
|---|---|
| Wody . . . . . . . . . . | 13·62 prc. |
| Waseliny płynnej . . . . . . | 57·58 prc. |
| Mydła olejoamoniakalnego . . . | 28·79 prc. |

Viskogen rozpuszcza różne związki chemiczne, znajdujące zastosowanie jako leki, n. p. jod, naftol, mentol, kamforę, fenol, związki salicylowe i t. p. Z wodnymi rozczynami soli miesza się, tworząc trwałą zawiesinę. Skóry nie drażni i łatwo zostaje przez skórę wchłonięty. Trzymany przez czas dłuższy, nie ulega rozkładowi i nie jełczeje. Viskogen nadaje się jako doskonała zaróbka (*vehiculum*) leków, które ma się stosować na skórę, do wcierań; leki te możemy przy pomocy viskogenu stosować w postaci rozczynu we viskogenie bez uciekania się do środków pomocniczych o charakterze rozczynników, jako to wyskoku, eteru i t. d., lub też w postaci trwałej zawiesiny, a więc w każdym razie w postaci, ulegającej łatwo wessaniu przez skórę. Pod względem tych swoich własności i zastosowania jako zaróbka leków zastępuje viskogen całkowicie zagraniczne przetwory waselinowe, znane w handlu jako vasogen, vasol i może być z korzyścią zamiast nich użyty.

Formasol. Przetwór ten jest cieczą barwy żółtawej, woni przyjemnej; miesza się łatwo z wodą w każdym stosunku, ogrzany wywiązuje silną woń formaldehydu.

W stu częściach formasolu znaleziono:

| | |
|---|---|
| Wody . . . . . . . . . | 80·974 prc. |
| Mydła potasowego . . . . | 17·114 prc. |
| Formaldehydu gazowego . . . | 1·912 prc. |

Środek ten jest zatem przetworem formalinowym w połączeniu z mydłem, do którego dodano dla zapachu olejku bergamotowego. Znajdzie on zastosowanie jako środek przeciwgnilny w rozczynie 3—5 prc., jako odkażający w rozczynie 5—8 prc., a jako środek odwaniający w rozczynie 10 prc.; z powodu swej przyjemnej woni, zakrywającej nieprzyjemną woń formaliny, nadaje się do mycia i odkażania rąk. Ze względu na skład chemiczny i działanie odkażające zastąpi on w użyciu inne podobne, sporządzane za granicą środki, jako to: lysoform, sapoform i płynne mydło formalinowe i inne, którym dorównuje w działaniu odkażającem i odwaniającem.

Z przedstawionych badań wynika, że oba te środki, viskogen jako zaróbka leków, formasol jako środek przeciwgnilny, odkażający i odwaniający, zasługują na polecenie i wprowadzenie ich w użycie tam, gdzie to będzie wskazane, tem bardziej, że mogą one zastąpić z dobrym skutkiem podobne środki zagraniczne, na co już wyżej zwróciłem uwagę. Viskogen i formasol, zarówno jak kreseptol, septosol i litantrol, zostały polecone przez Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Z oddziału chorób wewnętrznych prof. dr. Stanisława Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

## „Sajodin", nowy przetwór jodowy.

Podał

Dr. Kazimierz Habicht.

Ciągłe starania, mające umożliwić zażywanie jodu, tego w leczeniu rozmaitych cierpień tak niezbędnego środka, a którego stosowanie niestety tak często ze strony cierpiących napotyka na przeszkody, nieraz nieprzezwyciężone, doprowadziły do celu przez wytworzenie nowego połączenia jodu, które obecnie pod nazwą »Sajodin« puszczono w obieg celem wypróbowania.

»Sajodin« jest solą kwasu jodobehenowego, wytworzoną przez Fischera i Mehringa. Jest to biały proszek, zupełnie bez smaku i woni; w handlu znajduje się w postaci proszku lub kołaczyków półgramowych. Nie rozpuszcza się ani we wodzie, ani w wyskoku, przyczem dodanie tak zasad, jak i słabych kwasów, jak również i ogrzewanie na rozpuszczalność jego nie wpływa; zawiera zaś 25 prc. czystego jodu.

Chorzy, których w liczbie ośmiu poddano w naszym oddziale leczeniu sajodinem, chętnie go biorą, gdyż środek ten, nie mając żadnego smaku, nie wywołuje wstrętu, jak to się często zdarza przy używaniu soli jodowych, jak jodku potasu lub sodu, lub też tłuszczów jodowych, jak jodypiny.

Po zażyciu już jednego grama sajodinu można wykazać jod w moczu po upływie mniej więcej czterech godzin, w ślinie zaś nieco później; przy próbach z kwasem azotowym dymiącym i chloroformem powstaje przytem dość wybitne zabarwienie czerwone, jako dowód znacznej ilości jodu, zawartego w badanym płynie. Po przestaniu podawania leku ustaje wydzielanie się jodu w przeciągu 24 godzin.

Nawet przez dłuższy czas zażywany po 3 gramy dziennie nie sprowadza sajodin niesmaku w ustach, ślinienia, nieżytu nosa, krtani, drapania w gardle, ani też żadnych objawów żołądkowych i innych znanych objawów przewlekłego zatrucia jodem (jodzicy). Wskazania i wyniki lecznicze odpowiadają zupełnie innym przetworom jodowym.

Opierając się na tych doświadczeniach, można lek ten uważać za mający w lecznictwie bardzo wielką przyszłość przy zastosowaniu zamiast dotąd używanych soli jodowych w leczeniu wszelkich cierpień, wymagających używania jodu.

## Oceny i sprawozdania.

## „Polyglobulia cum splenomegalia et cyanosi".

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał

Dr. E. Stahr.

Trzy powyższe rzeczowniki cechują znaną dopiero od lat kilkunastu jednostkę chorobową. Cechami jej są właśnie obrzęk śledziony, »sinica« i wzmożenie się ilości krwinek czerwonych czyli t. zw. polyglobulia. Ściśle rzecz biorąc, powinno się odróżniać »polyglobulię« od »hyperglobulii«, a zwracam na to uwagę dlatego, że się pojęcia te właśnie często ze sobą zamienia. Nazwą »polyglobulia« powinno się określać tylko te stany chorobowe, w których wzmaga się bezwzględna ilość krwinek czerwonych bez względu na wielkość samychże poszczególnych krwinek, natomiast »hyperglobulią« powinno się nazywać te stany, w których obok wzrostu liczby ogólnej stwierdza się i wzrost objętości krwinek czerwonych. Otóż ponieważ w omawianem cierpieniu powstaje tylko ilościowy przybytek krwinek czerwonych bez zmiany ich objętości, powinno się tę chorobę zawsze nazywać »polyglobulia«, a nigdy »hyperglobulia«. Różni autorowie opisują zresztą chorobę tę pod przeróżnemi nazwami, jak n. p.: *hyperglobulia cum tumore lienis, erythrocytosis cum splenomegalia, polycythaemia cum tumore lienis et cyanosi, polyglobulia, hyperglobulia, cyanose avec splenomegalie et polyglobulie, chronic cyanosis with polycythaemia and enlarged spleen* i t. d.

Zwiększoną liczbę krwinek czerwonych spotykamy nie tylko w opisywanem cierpieniu, ale i w wielu innych. Najdawniej znany był ten objaw w cholerze azyatyckiej, w której, chociaż nie stale, następują podniesienia do 6 i 7 milionów w 1 mm³; niemal stałym jest ten objaw w toku wad serca w okresach niedomogi mięśnia sercowego (obrzęków i sinicy [1]); stwierdzano ten objaw i w zatruciu gazem świetlnym, tlenkiem węgla [2]), fosforem [3]), w ostrym żółtym zaniku wątroby, cierpieniu, pokrewnem zatruciu fosforowemu, i dość często u ludzi chorych na cukrzycę [4]). Przed kilku laty opisywał ten objaw Luxemburg [5]) w bardzo wielu przypadkach nerwic czynnościowych — histeryi i neurastenii, — widywano go także w zadumie i padaczce. Ilość krwinek czerwonych wzrasta też nieraz i gwałtownie u ludzi zdrowych wśród pobytu w wysokich górach [6]). Przy wrodzonych wadach sercowych stwierdził wzrost liczby krwinek czerwonych pierwszy Krehl [7]), a po nim Vaquez [8]). W pracach swoich podnosi Vaquez, że wśród sinicy, towarzyszącej wadom serca wrodzonym, liczba krwinek czerwonych nie wzrasta, jak długo chory ma się dobrze; kiedy zaś liczba krwinek czerwonych poczyna wzrastać (szczególnie jeśli sięga od 8 do 9 milionów), można wnosić, że zbliża się złe rozwiązanie sprawy *(dénouement fatal)*. Dalej zaznacza Vaquez, że w sinicy przewlekłej przy wrodzonych wadach serca powstaje obok polyglobulii i hyperglobulia, t. zn. obok wzrostu liczby wzrasta objętość krwinek czerwonych (do 8·5 μ); natomiast wśród *cyanosis avec splénomegalie* jest tylko polyglobulia, a objętość krwinek czerwonych jest prawidłowa.

Nie tu miejsce na tłómaczenie mechanizmu tego zjawiska; ciekawych odsyłam do Ehrlicha »Anaemie« (str. 7 i nast.) w podręczniku Nothnagla lub do Biernackiego »Zarysu patologii krwi« (str. 47 i nast.); — faktem jest, że liczba krwinek czerwonych wzrasta w toku najrozmaitszych chorób, a objaw ten towarzyszy także, jako najznamienniejsza cecha, cierpieniu, w niniejszej pracy omawianemu.

Pierwsze przypadki tej choroby, przedstawiającej wspomniany na początku zbiór objawów, opisali Francuzi, a mianowicie: Rendu i Widal [9]), Vaquez [10]), Moutard-Martin i Lefas [11]). Później zjawiły się prace Cominottiego [12]), potem Cabota [13]), który ogłosił 2 przypadki w czasie od roku 1899—1900, dalej Mc Keena [14]), Türka [15]) (pierwszy przypadek), Saundbya i Russla [16]), wreszcie Oslera [17]), Collin-

---

1) Naunyn. Corresp. Blatt f. Schweizer Aerzte 1872. p. 300. — Toenissen. Inaug. Dissert Erlangen. 1881. — Bamberger. Wien. kl. Woch 1888. Nr. 1. — Lichtheim. VII Kongres med. wewn. 1889.—Reinert. Münch. med. Wochs. 1895. Nr. 15.

2) G. Reinhold. Uber schwere Anaemie und Hyperglobulie als Folgezustand chronischer Kohlenoxydvergiftung. München. med. Wochs. 1905. Nr. 17. (znalazł raz 11·2 miliona krwinek czerwonych).

3) Badt. Inaug. Dissert. Berlin 1891.—Taussig. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmak. T. XXX. Z. 3 i 4.

4) Biernacki Zarys patologii krwi. 1905. str. 40.

5) Luxemburg. Przyczynki do hematologii nerwic czynnościowych. Pam. Tow. lek. warsz. Z. II. 1898 i Ctrbl. f. innere Med. 1899.

6) Paul Bert. Acad. des sciences. 1882. Viault. Comptes rendus de Acad. des scienc. 1890. p. 917. — Egger. XII Kongr. f. innere Med. Wiesbaden 1893. p. 262. — Wolff. Über den Einfluss des Gebirgsklimas auf den Gesunden u. Kranken. Wiesbaden 1895.—Köppe. Münch. med. Wochs. 1893. p. 904.- Jaruntowski i Schröder. Münch. med. Wochs 1894. Nr. 48.

7) Krehl. Deut. Arch f. klin. Med. 1889.

8) H. Vaquez. Modifications du sang dans la cyanose chronique. Soc. Biol. 2. III. 1895. De la polyglobulie progressive comme signe prognostic dans les cyanoses congenitales. Ibid. 12. VII. 1902. cyt. wedle dopisku Pappenheima Folia haem. I. 4. 5.

9) Rendu et Widal. »Splénomégalie tuberculeuse sans leucémie avec hyperglobulie et cyanose«. Bulletin et mém. de la société méd. des hôpitaux 1899. III. Serie. 528.

10) Vaquez. A propos du procés — verbal: hyperglobulie et splénomegalie. Ibid. 1889. str. 579.

11) Moutard-Martin et Lefas. Tuberculose primitive et massive de la rate. Ibid. 1899 p. 547. (ostatnie trzy przytoczenia podane za Oslerem i Türkem [18]).

12) V. Cominotti. Hyperglobulie u. Splenomegalie. Wien. kl. Wochs. 1900. Nr. 39.

13) Richard Cabot. A case of chronic cyanosis without discoverable cause, ending in cerebral hemorrhage. Boston med. et surg. Journal. 1899. 141. T. 29. (cyt. za Türkem [21]).

14) Syl. Mc Keen. A case of marked cyanosis, difficult to explain. Tamże. 1901. str. 610. (cyt. wedle Türka [21]).

15) W. Türk. Splenomegalie, Hyperglobulie und Zyanose. Mittheil. d. Wiener Gesellsch. f. innere Med. 1902. Nr. 6 i 7. Wiener klin. Wochs. 1902. 14 i 6.

16) Saundby i Russel. An unexplained condition of chronic cyanosis, with the report of the case. Lancet 1902. str. 515. wedle Türka [21]).

17) W. Osler. Chronic cyanosis with polycythaemia and enlarged spleen; a new clinical entity. Amer. Jour. med. Sc. 1903. Aug. p. 187 — wedle sprawozd. w Folia haematol. I. 423.

sa[18]), Webera i Watsona[19]), Rosengarta[20]), znowu Türka[21]), Preissa[22]), Zandyego[23]), Kikuchiego[24]) i innych.

Z dostępnego mi piśmiennictwa zdolałem zebrać 25 przypadków omawianego cierpienia. Wszystkie przypadki tyczą się ludzi dorosłych, od 24 do 60 lat życia liczących, zarówno mężczyzn, jak kobiet. Türk podnosi, że na 7 jego przypadków było 5 chorych żydów. Chorzy, zgłaszający się do lekarza, narzekają zwykle na mało znamienne dolegliwości i dlatego prawdopodobnie często się przeocza w praktyce to cierpienie. W wywiadach zwykle żadnych przebytych chorób zakaźnych stwierdzić nie można; — w żadnym przypadku nie wykryto żadnego związku ani z zimnicą, ani z kiłą, ani z nadużywaniem napojów wyskokowych. Dziedziczności również stwierdzić nie zdołano. Chorzy zwykle narzekają, że już od kilku lat niedomagają, czasem skarżą się na dokuczające im od dawna przypadłości żołądkowe, które w ostatnich czasach — to już należy do reguły — spotęgowały się do napadowych, wyraźnych i przykrych nudności z wymiotami, często narzekają na zaparcie stolca, ból, często o cechach nerwobolu, w górnej lewej części brzucha w okolicy śledziony, który to ból rozpromienia się ku tyłowi i do pachy. Nawracającym napadom nudności i wymiotów towarzyszą czasem mierne osłabienie i duszność. Wszyscy chorzy narzekali nadto na bole głowy z zawrotami, czasem z uczuciem omdlewania. Niektórzy chorzy zauważali, że w podżebrzu lewem wytwarza się jakiś guz, który od miesięcy zwolna się powiększa. Przedmiotowo stwierdzić można wybitne powiększenie się liczby krwinek czerwonych, średnio od 8½ do 10 milionów na 1 mm³, — liczba 12 milionów nie należy też do nadzwyczajnych wyjątków — z równoczesnem podniesieniem się odsetki hemoglobiny do 120 prc., a nawet prawie do 200 prc. Ciężar właściwy krwi wzrasta nieraz do 1·081 (w warunkach prawidłowych wynosi 1·058—1·062). Często, (niektórzy badacze stale), stwierdzano leukocytozę. Liczba krwinek białych, dochodząca, a nawet przekraczająca 30,000, nie należy do rzadkości. Leukocytoza ta ma charakter wybitnie neutrofilny, czasem zwiększona jest liczba wielojądrzastych eozynofilnych, a prawie zawsze krwinek białych zasadochłonnych. Krwinki czerwone wyglądają prawidłowo, barwią się zwykle dobrze, czasem tylko nieco bledziej. Zawsze spotkać można w preparacie tu i owdzie mikro-, makro- i poikilo-cyty, czasem (niektórzy podają, że zawsze) normoblasty w skąpej liczbie i zawsze pojedyncze neutrofilne myelocyty. Wyjątkowo można znaleźć eozynofilnego myelocyta. Z opisanych tu zmian wolno wnosić, że w cierpieniu tem mamy do czynienia z powiększeniem się ilości krwi całkowitej, czyli innemi słowy z krwistością prawdziwą *(plethora vera)*, która bardzo często sprawia rozszerzenie i przepełnienie najdrobniejszych naczyń skóry i błon śluzowych i w ten sposób wywoływa sino-czerwone zabarwienie, nazywane zwykle w klinice sinicą. Zabarwienie to ma nieraz odcień ciemny, sino-czerwony, w innych przypadkach wiśniowo-czerwony, ulega częstym zmianom i utrzymuje się zawsze bez żadnych równoczesnych objawów niedomogi serca. Sinica ta najwyraźniej zwykle występuje na twarzy, uszach i obwodowych częściach kończyn; zajmuje nietylko skórę: także i błony śluzowe, badaniu dostępne, bywają zajęte. Spojówki bywają silnie nastrzykane, naczynia na dnie oka silnie krwią napełnione, wargi, błona śluzowa ust i gardła bywa sinawo-czerwona. Jedynie w przypadku Moutard-Martina i Lefasa nie było wcale sinicy, a Cominotti w swoim przypadku widział sinicę tylko w okolicy kości jarzmowej na licach chorej, natomiast błona śluzowa ust i gardła była bladawo-brudna.

Oprócz sinicy opisują niektórzy autorowie brunatne albo brązowe plamy barwikowe na skórze, które czasem sprawiają takie wrażenie, jakby pozostały po wybroczynach. Krwawień do skóry samej, wybroczyn, nikt nie spostrzegał. Natomiast często opisują zwiotczenie i krwawienie z dziąseł, inni znowu znajdowali domieszkę krwi w plwocinie, w wymiocinach i wypróżnieniach. Raz spostrzegano silny krwotok po wyjęciu zęba, innym razem nawracające krwawienia z dróg moczowych. W jednym przypadku (Cabota[13]) krwotok z tętnicy oponowej *(meningea media)* wywołał śmierć.

Badanie narządów klatki piersiowej nie wykrywa zwykle żadnych poważniejszych zmian, w szczególności w sercu nigdy zmian poważniejszych nie znaleziono; niektórzy badacze słyszeli cichy szmer skurczowy nad końcem serca, czasem drugi ton nad tętnicą główną albo nad płucną lekko zaostrzony. Prawie zawsze bywa śledziona wyraźnie mniej lub więcej powiększona i macalna, twarda i gładka, raz tylko była na niej głęboka poprzeczna brózda. Widywano czasem obrzęki śledziony, sięgające do spojenia łonowego. W kilku przypadkach spostrzegano powiększenie wątroby. Nieraz obrzęk wątroby górował nad całym obrazem chorobowym. W moczu znajdowano stale małe ilości białka, wałeczki raz szkliste, raz ziarniste i często urobilinę. Ani w wymiocinach, ani w treści żołądkowej po obiedzie próbnym nie wykryto wolnego kwasu solnego. W przebiegu tej choroby zauważył raz Rosengart chromanie, zjawiające się z przerwami, obok bolu w palcach nogi z równoczesnem zasinieniem, podobnie, jak to bywa w erytromelalgii. Türk[15]) raz przedstawiał w Towarzystwie dla medycyny wewnętrznej w Wiedniu podobny przypadek erytromelalgii, w którym był wyraźny zbiór objawów towarzyszących polyglobulii.

Choroba ta przebiega bez gorączki, trwa latami i wreszcie wywołuje niechybną śmierć. Czasem zjawia się duszność i kołatanie serca, które się wciąż wzmagają, zwiększa się ilość białka w moczu, serce ulega miernemu rozszerzeniu i zjawiają się obrzęki. Preiss[22]) w swoim przypadku usunął te objawy niedomogi serca przy pomocy naparstnicy. Inni autorowie opisują, że chory bez żadnej wyraźnej, dostrzegalnej przyczyny lub widocznych powikłań nagle ulega zapadowi. Zapad taki nieraz poprzedza kilka godzin trwająca śpiączka, pogłębiająca się chwilami w półprzytomność. Niektórzy (Kikuchi[16]) spostrzegali od pierwszej chwili utratę przytomności, która się po kilku godzinach kończyła śmiercią. Niektórzy chorzy ginęli w głębokiej śpiączce, wśród krwotoków z jelit, ust i nosa.

Badanie anatomiczne przypadków sekcyonowanych dostarczyło mniej zadowalniających danych, niż badanie kliniczne, które przecież dość znamienne objawy tego cierpienia wykryło. Pierwsze trzy przypadki autorów francuskich, powyżej wspomnianych, były badane na stole sekcyjnym. W przypadkach Rendu i Widala oraz Moutarda-Martina i Lefasa stwierdzono pierwotną włóknisto-serowatą gruźlicę śledziony. Vaquez znalazł jako jedyną zmianę znaczny »przerost« *(hypertrophie)* śledziony i wątroby. Cominotti podaje, że widział w śledzionie gęste, włókniste przegrody, mikroskopowo jednak swego przypadku nie badał. W wątrobie widział »kilka małych ognisk, które sprawiały wrażenie wybujałego miąższu wątrobnego« *(hyperplastisches Leberparenchym)*. W jednym z przypadków Cabota oprócz krwotoku z tętnicy oponowej średniej zapisano tylko »bierne przekrwienie narządów wewnętrznych«, w przypadku Saundbyego i Russela znaczne powiększenie śledziony (1440 gr.) przy prawidłowej jej zbitości; gruźlicy w tym przypadku nie stwierdzono. Jeden z 4 przypadków Oslera zakończył się śmiercią, — ale nic nie znaleziono, coby tłomaczyło chorobę, dwa z 7 przypadków Türka, anatomicznie badane, także sprawy nie wyświetlają; — gruźlicy w nich nie znaleziono.

Jak wspomniałem, znajdowali francuscy autorowie, którzy pierwsi to cierpienie opisywali, w swoich przypadkach pierwotną przewlekłą włóknisto-serowatą gruźlicę śledziony i do niej odnosili zbiór objawów; także i w przypadku Cominottiego nie można »włóknistej gruźlicy« wyłączyć wobec braku badania drobnowidowego tem bardziej, że sekcya stwierdziła próchnienie gruźlicze kręgosłupa. Zapatrywanie, jakoby pierwotna gruźlica śledziony była przyczyną tej choroby, poparł i Rosengart, podając w pracy swej dwa przypadki, wprawdzie nie badane hematologicznie, ale w których badanie anatomiczne gruźlicę w śledzionie wykryło i które barwą skóry przypominały omawianą chorobę. Jestto jeden przypadek Scharolda (ostra prosówkowa gruźlica śledziony z barwą skóry, wahającą się od czerwonawej do niebieskawej, jakby między przekrwieniem czynnem, a sinicą) i drugi przypadek Colleta i Gallavardina, przypadek pierwotnej gruźlicy śledziony z »wybitnie czerwonem zabarwieniem twarzy mimo ogólnej chudości i z krwią ciemnoczerwoną«. Z drugiej jednak strony bardzo często spostrzegano gruźlicę śledziony bez opisywanych zmian krwi, a nadto na pe-

18) J. Collins. Chronic cyanosis of the extremities with polycythaemia and splenomegaly. Med. Record. 21. XI 1903. p. 807 (wedle sprawozd. tamże p. 424).

19) I. P. Weber and J. H. Watson Chronic polycythaemia with enlarged spleen, probable a disease of the bone-marrow. Brit. med. Jour. March. 26. 1904. spraw. tamże.

20) J. Rosengart. Milztumor u. Hyperglobulie. Mitteil. aus d. Grenzgeb. T XI. Z. 4 1903.

21) W. Türk. Beiträge zur Kenntnis des Symptomenbildes: Polycythaemia mit Milztumor und „Cyanose". Wien kl Wochs. 1904. Nr. 6 i 7.

22) Preiss. Hyperglobulie u. Milztumor. Mitteil. aus d. Grenzgeb. T. XIII. Z. 3. i Deut. med. Wochs. 1905. Nr. 6. (Vereins-Beilage).

23) Zandy. Erythrocytose (Hyperglobulie) u. Splenomegalie. Münch. med. Wochs Nr. 27. 1904.

24) Y. Kikuchi. Ein Fall von Polycythaemia. Prag. med. Wochs. 1904. Nr. 38.

wno znane są przypadki »polyglobulii«, gdzie znowu gruźlicy ani w śledzionie, ani w innych narządach nie było.

Tak więc podłoże anatomo-patologiczne tego obrazu chorobowego jest, jak dotąd, nie wyjaśnione.

Że zmiany w krwi nie są wynikiem zastoiny, na to godzą się wszyscy badacze. Widal przypuszcza, że czynności śledziony, zniszczonej przez gruźlicę, obejmuje zastępczo szpik kostny i dlatego uważa za przyczynę choroby wzmożoną czynność szpiku. Nie godzi się na zapatrywanie, jakoby przyczyną polyglobulii mogło być upośledzenie rozpadu krwinek czerwonych. Również i Vaquez mniema, że narządy krwiotwórcze pierwotnie lub następowo do powstawania polyglobulii się przyczyniają. »Sinicę« uważają za objaw przypadkowy, którego może i brakować. Zaudy[23]) tłómaczy swój przypadek w ten sposób: Chora jego przebyła przed ośmiu laty »gorączkę gastryczną« (dur brzuszny?); — obrzęk śledziony, który w czasie tej choroby powstał, już potem nie ustąpił. Obrzęk śledziony i zmiany torebki śledzionowej *(perisplenitis)* wywołały ucisk na żyłę śledzionową i następowo miejscową zastoinę w śledzionie. A że z powodu zastoiny prawidłowe rozpadanie się krwinek czerwonych w śledzionie zostało wstrzymane, wzrosła w krwi ich liczba niepomiernie. Co do stosunku, jaki zachodzi w tej chorobie między obrzękiem śledziony, a czasem napotykanym obrzękiem wątroby, to może jest on takiej samej przyrody, jak w chorobie Bantiego (porównaj moje sprawozdanie w »Przeglądzie lekarskim« z r. 1905, str. 534).

A teraz, korzystając ze wskazówek, zawartych w różnych pracach przytoczonych autorów, szczególnie zaś Türka, spróbuję rozpatrzeć dokładniej poszczególne objawy tej choroby i jej patogenezę.

Najbardziej uderzającym objawem jest »sinica«, przynajmniej tak ją wszyscy autorowie nazywają. Ale czy naprawdę jest to sinica? Zdaje się, że nie; wszak ona w tej chorobie nie polega na przesyceniu krwi nieutlenioną hemoglobiną, jak to zawsze bywa w sinicy zwykłej, ale przeciwnie na przepełnieniu naczyń, dostępnych wzrokowi, krwią, zasobną w nadmierną ilość utlenionej czyli oksyhemoglobiny. Otóż krew, wprost przesycona barwikiem, obok nadmiernie szerokich naczyń składają się na owo zabarwienie skóry. I istotnie w tych przypadkach tego cierpienia, w których to zabarwienie skóry było wyraźne, można było widzieć na skórze i błonach śluzowych siatkę rozszerzonych drobnych żyłek. Tylko wtedy, kiedy oba czynniki (krew przesycona oksyhemoglobiną i dostateczne, trwałe, czy chwilowe rozszerzenie naczyń) się schodzą, widzimy w tej chorobie owo sino-czerwone zabarwienie; jeśli jednego czynnika z tych dwóch braknie, to zabarwienie może być niewybitne, albo nawet może go zupełnie brakować mimo dostatecznej zasobności krwi w barwik. I dlatego »sinica«, jak słusznie zaznaczają Widal i Vaquez, ma znaczenie dla tej choroby nie zasadnicze, ale wyłącznie przypadkowe. Możemy rozpoznawać zatem tę chorobę i tam, gdzie niema »sinicy«.

W niektórych przypadkach tej choroby, które badano pośmiertnie, stwierdzano takie przepełnienie naczyń nietylko powierzchownych, ale i głębokich, tak silne nastrzykanie naczyń krwią, że się odnosi wrażenie, jakoby tej chorobie towarzyszyła nietylko polyglobulia, ale prawdziwa krwistość *(plethora)*, prawdziwe powiększenie się całej ilości krwi. Ta krwistość, zdaje się, jest przyczyną tego, wyżej wspomnianego rozszerzenia naczyń krwionośnych. I dlatego to zabarwienie sine jest prawie stałym objawem, a nie było go tylko w stosunkowo niewielkiej liczbie przypadków, widocznie u ludzi, którzy mieli wązkie naczynia w skórze i widzialnych błonach śluzowych.

To przepełnienie naczyń tłómaczy nam skłonność tych chorych do małych, a wyjątkowo i większych krwotoków, szczególnie z błon śluzowych: dziąseł, nosa, ust, gardła, żołądka, kiszek i dróg moczowych. Tem przepełnieniem możemy sobie wytłómaczyć i cały szereg dalszych podmiotowych, a nawet i przedmiotowych objawów, jak n. p. bole, zawroty głowy i nawały do głowy, wymioty, nieznaczne objawy ze strony serca, jakie czasem stwierdzano, podniesienie się parcia ościennego, ślad białka w moczu i t. d.

Patogeneza tego cierpienia nie jest dotąd wyświetlona. Kardynalna cecha tej choroby, *conditio sine qua non*, t. j. zmiana krwi niewątpliwie wskazuje na to, że przyczyny zaburzeń szukać należy w szpiku kostnym, a mianowicie w jego części, wytwarzającej krwinki czerwone, czyli krótko mówiąc, w jego części erytroblastycznej. Polyglobulia, stały objaw tej choroby, pozwala wnosić o wzmożonej czynności (a może przeroście) szpiku kostnego. Fakt, że znajdowano zawsze w barwionych preparatach krwi mikro-, makro- i poikilo-cyty, fakt, że niektórzy autorowie stwierdzali polichromatofilię, i fakt, z naciskiem podnoszony przez Türka, że zawsze znajdował, chociaż w małej liczbie, ciałka czerwone jądrzaste, świadczą niewątpliwie, że w chorobie tej tkanka erytroblastyczna znajduje się w stanie chorobowego, przewlekłego podrażnienia.

Stwierdziwszy niewątpliwie, że część szpiku erytroblastyczna ulega w tej sprawie zmianom, trudno sobie wyobrazić, żeby część leukoblastyczna szpiku (część szpiku, wytwarzająca krwinki białe), z tamtą przecież jak najściślej związana, nie doznała żadnych zaburzeń.

I w istocie we wszystkich przypadkach, w których autorowie podali dokładne rozbiory krwi, można zaburzenia te stwierdzić. Zawsze stwierdzali badacze leukocytozę z wyraźnym charakterem neutrofilnym, czyli innemi słowy wśród krwinek białych zawsze przeważały znacznie te, które pochodzą z leukoblastycznej części szpiku. Liczba odsetkowa limfocytów była zawsze od prawidłowej niższą, liczba odsetkowa neutrofilów zawsze wyższą od prawidłowej, często przekraczała 90 prc. i zawsze wśród nich, choć w małej liczbie, znajdowano myelocyty. Otóż to wszystko dowodzi napewno, że część leukoblastyczna szpiku kostnego zajętą bywa w tem cierpieniu.

Szkoda, że w żadnym prawie przypadku tej choroby, który się zakończył śmiercią i który anatomicznie badano, nie zwracano uwagi na szpik kostny, bo prawdopodobnie znaleziono by tam zmiany; przynajmniej w żadnym protokole sekcyjnym nie ma wzmianki o szpiku. W jednym tylko swoim przypadku rozpoznawał Türk »hiperplazyę« narządu erytroblastycznego i antopsya przypuszczenie to potwierdziła: szpik kości długich był cały czerwony.

Niektórzy przypuszczają, że punktem wyjścia tego cierpienia jest pierwotna gruźlica śledziony, którą często, chociaż nie zawsze, przy sekcyi stwierdzano i że ona wywołuje wzmożoną czynność w szpiku kostnym. Spostrzegano jednak również cały szereg przypadków, w których napewno ani w śledzionie, ani też w żadnym innym narządzie nie znaleziono ani śladu gruźlicy. A więc nie zawsze istnieje w tej chorobie gruźlica śledziony, nie może zatem ona stanowić jedynej i wyłącznej przyczyny tej sprawy. Należałoby zatem przypuszczać, że różne sprawy chorobowe, toczące się w śledzionie, między innemi i gruźlica, czy też choroby wątroby i śledziony mogą wywołać opisywane zmiany we krwi. Zdaje się jednak, że tak w istocie nie jest, przynajmniej nie zawsze, boć były przypadki takie, w których śledziona wcale nie była obrzękła, albo bardzo nieznacznie.

Najprawdopodobniej zbiór objawów, dla omawianego cierpienia znamiennych, może być wynikiem różnych spraw chorobowych, może się wydarzać w toku chorób samej śledziony, jakoteż chorób śledziony i wątroby; z drugiej strony może on być wynikiem pierwotnego zachorzenia erytroblastycznej części szpiku kostnego, zachorzenia, połączonego z przerostem i wzmożoną czynnością chorej części szpiku. Choroba ta zatem jest biegunowem przeciwieństwem białaczki szpikowej, którą wywołuje schorzenie leukoblastycznej części szpiku kostnego. Możnaby ją zatem w przeciwieństwie do białaczki nazwać *»erythraemia«*. Czy zapatrywanie to jest słuszne, rozstrzygnąć mogą w przyszłości dokładne, histologiczne badania śledziony, wątroby i szpiku kostnego w dostatecznej liczbie odpowiednich przypadków, bo dotąd brak tego oparcia w wyświetleniu sprawy tak zawiłej.

W końcu kilka słów o leczeniu.

Rosengart na podstawie spostrzeżenia klinicznego, że po samorodnych krwotokach chorzy doznają natychmiast ulgi w dolegliwościach podmiotowych, stosował małe a częste upusty krwi i istotnie osiągał przemijające dobre wyniki. Ale w krótkim czasie sprawa powracała i ze względu na to, że takie małe krwotoki, jak uczy doświadczenie w błednicy, mogą stanowić bodziec, podniecający szpik kostny do czynności, co w omawianej chorobie byłoby właśnie przeciwwskazane, zaniechał Rosengart dalszych prób.

Potem zalecał Rosengart, idąc za radą Ehrlicha, leczenie dyetetyczne: zabraniał chorym wszelkich potraw, które (wedle tablic Bungego) zawierały ponad 6 mg. żelaza na 100 gr. suchej substancyi, aby w ten sposób wywołać ubytek żelaza w ustroju i upośledzić tworzenie się hemoglobiny. I Rosengart chwali ten sposób. Liczba krwinek czerwonych spadała z 10 na 9 milionów, odsetek Hb z 190—200 na 150. Natomiast śledziona rosła. Türk wychodził z innego założenia. Wobec tego, że wielkie dawki arsenu na pewno upośledzają czynność narządów krwiotwórczych, podawał swoim chorym arsen w coraz większych dawkach, miesiącami, aż do 30 kropel roz-

czynu Fowlera dziennie. I także chwali wyniki leczenia. Liczba krwinek spadła w jednym przypadku o 1½ miliona poniżej najniższej liczby, spostrzeganej przed leczeniem. Ilość Hb spadła o 4 g. na 100 cm.³ krwi, zabarwienie sine ustąpiło lekko różowemu i śledziona się pomniejszyła.

Leczenie to ma tę wadę, że przetwory arszeniku należy podawać nadzwyczaj ostrożnie, że często ich chorzy nie znoszą i że bardzo często nie można ich podawać przez długi czas. Jednak, jak dotąd, nie mamy innych sposobów.

Preiss radzi splenektomię.

Z leczenia promieniami Roentgena nie możemy się spodziewać nawet tych wyników, jakie zdołano osiągnąć w białaczce.

---

**Pamiętnik polskiego Towarzystwa balneologicznego. Rok 1905.** Wydawnictw Towarzystwa tom I. Nakładem polskiego Tow. balneol. Kraków 1906. Stron XIV + 150.

Pokaźny zeszyt dobrym jest zadatkiem wydawnictw, których szereg młode Towarzystwo nim rozpoczyna. Zeszyt podzielono na 4 działy; w pierwszym znajduje się sprawozdanie z działalności wydziału Towarzystwa w r. 1905, z której oprócz urządzenia I. Zjazdu balneologów polskich i wydawania »Przewodnika kąpielowego«, propagującego sprawy naszych zdrojowisk w najszerszych kołach, podnieść należy akcyę, podjętą wśród lekarzy dla popierania zdrojowisk krajowych przez rozsyłanie odezw i t. d., oraz uproszenie u sejmu galicyjskiego ankiety w sprawie noweli do ustawy zdrojowej. W dziale drugim zawarto szczegółowe sprawozdanie z obrad I. Zjazdu balneologicznego polskiego w Krakowie, wszystkim świeżo tkwiącego w pamięci. Dwa pozostałe działy wypełniają referaty i prace naukowe, przedstawione na tym Zjeździe, a mianowicie: prof. L. Korczyńskiego »Ogólny zarys działania na polu zdrojownictwa polskiego«, i »O organizacyi i administracyi polskich zdrojowisk i uzdrowisk«, Dra Dobrzyckiego: »O zjednoczeniu uzdrowisk polskich i konieczności prawodawstwa je obowiązującego«, R. dw. protomedyka Dra Merunowicza: »Przepisy budownicze, obowiązujące w naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach« i Dra Wąsowicza: »Najistotniejsze potrzeby i braki zdrojowisk i uzdrowisk krajowych ze stanowiska lekarskiego« — w dziale organizacyjnym; — a w dziale prac naukowych: Dra Dłuskiego: »II. sprawozdanie z działalności sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem«, Doc. Dra Lembergera: »Rozbiór chemiczny wody mineralnej ze zdroju Kingi w Głębokiem«, i »Czy można zastąpić naturalne wody mineralne sztucznemi?«, Dra Zanietowskiego: »O nowych metodach elektroleczniczych w stosunku do balneologii« i w końcu Prof. Jaworskiego i Dra Flisa: »Badania fizykalno-chemiczne polskich wód zdrojowych i ich znaczenie w naukach lekarskich«.

Sprawa organizacyi i ulepszeń w zdrojowiskach należy do zakresu działania czynników, ściślej ze zdrojowiskami związanych i dlatego ograniczyć się tu można do przytoczenia tytułów prac, zawartych w tym dziale »Pamiętnika«. Z prac naukowych zapoznali się już czytelnicy »Przeglądu lek.« w r. z. z ważnemi badaniami Prof. Jaworskiego i Dra Flisa, oraz ze sprawozdaniem z sanatoryum Dra Dłuskiego. Z pozostałych prac zasługuje na uwagę rozbiór zdroju Kingi w Głębokiem, która okazała się szczawą silniejszą i czystszą od rozpowszechnionych zagranicznych, jak Giesshübelska i t. d. — Co do wód mineralnych naturalnych i sztucznych, dochodzi Doc. Lemberger do wniosku, że i jedne i drugie mają swój odrębny zakres i że wskutek tego nie stoją sobie wzajemnie na przeszkodzie; wyrób wód sztucznych ma przyszłość w zakresie wytwarzania wód o nowym typie, jakich w przyrodzie niema, o wiadomym składzie i ustalonem działaniu farmakodynamicznem (wody prof. Jaworskiego), oraz w zakresie naśladowania tych wód naturalnych, które przez przewóz się psują. Wody sztuczne będą zresztą zawsze bardzo pożyteczne dla chorych mniej zamożnych, nie mogących wyjechać do zdrojowisk.

Podjęcie wydawnictwa »Pamiętnika«, pozostawiającego trwały ślad działalności polskiego Towarzystwa balneologicznego, świadczy wymownie o ruchliwości zarządu tego Towarzystwa, którego powstanie powitano jako zaspokojenie dawno odczuwanej potrzeby, a którego dotychczasowe zabiegi pozwalają wróżyć i w przyszłości pracę wytrwałą i w skutki płodną. *Ciechanowski.*

* * *

# Wyciągi.

**MEDYCYNA WEWNĘTRZNA.** Thienger. **Nowsze doświadczenia nad działaniem teofiliny** (*theocin. natr. acet.*). (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 12). Ubocznym objawom działania teocyny (ból głowy, przeczulica, drgawki) najlepiej, zdaniem autora, zapobiega się, stosując zamiast teocyny czystej — *theocin. natr. acet.* zawsze w płynie w połączeniu z milkiem wiosennym (*Inf. adon. vernal. 8: 150, theocin. natr. acet. 1—1·5*, co 3—4 godzin 15 ctm³). Autor prawie stale spostrzegał wzmożenie się ilości moczu, nigdy jednak z rozmysłu nie dążył do zbyt wielkiego skutku moczopędnego, poprzestając na osiągnięciu prawidłowej ilości. Często nawet po odstawieniu leku chorzy oddawali dużo moczu. Wskazaniem są przedewszystkiem obrzęki pochodzenia sercowego; należałoby jednak stosować teofilinę i w obrzękach, towarzyszących zapaleniu nerek zwłaszcza, że według badań Meinertza środek ten pobudza wydzielanie chlorku sodu drogą moczu. Ponieważ wedle rozpowszechniającego się obecnie przekonania zatrzymywanie chlorku sodu w tkankach ma dawać powód do tworzenia się obrzęków nerkowych, przeto usuwanie soli z ustroju działałoby przyczynowo. Loewy na zasadzie swych doświadczeń dochodzi do wniosku, że moczopędne działanie kofeiny nie polega na podwyższaniu ciśnienia, ale na swoistym jej wpływie na naczynia nerkowe, które ulegając rozszerzeniu, przeprowadzają więcej krwi przez nerkę, skąd obfitsza ilość moczu. — Należałoby rozstrzygnąć, czy i teofilina, chemicznie pokrewna kofeinie, nie działa w sposób podobny. *Dr. M. Godlewski.*

Welsch. **W sprawie zapobiegania i leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 12). Sprawa leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego nie jest ustalona. Większość chirurgów przechyla się do leczenia operacyjnego, jeśli sprawa nie jest powikłana zapaleniem otrzewnej (w pierwszych 24—36 godzinach); gdy sprawa rozpoznaną jest później, a niema stanowczego wskazania (ograniczony ropień, przebicie) radzą dopiero operować po przeminięciu ostrego napadu („na zimno"). Albu i Eichhorst przechylają się na stronę leczenia zachowawczego, dopuszczając leczenie chirurgiczne ze specyalnych wskazań. Ochsner operuje tylko przypadki świeże (do 36 godzin), z rokowaniem przypuszczalnie dobrem, wszystkie inne przypadki leczy metodą głodzenia. Zważywszy, że leczenie operacyjne, zwłaszcza w praktyce prowincyonalnej, naraża chorego na większe niebezpieczeństwo, niż leczenie zachowawcze, oświadcza się autor, szczególnie w przypadkach przebiegających łagodnie i przewlekających się, za leczeniem zachowawczem, zwłaszcza, że w samych początkach, gdzie niebezpieczeństwo operacyi jest stosunkowo niewielkie, pewne rozpoznanie jest bardzo często niemożliwe. — Ze względów zapobiegawczych należy, zdaniem autora, położyć wielki nacisk na leczenie przewlekłych nieżytów, zwłaszcza jelita grubego. Należy też zwrócić baczną uwagę na dyetę, gdyż według Championnièrea dyeta czysto mięsna (przez wzmożenie sprawy gnicia i częste zaparcie stolca, przez co jadowitość bakteryi się wzmaga) sprzyja powstawaniu zapalenia wyrostka. — Opierając się na zdaniu Noordena oraz doświadczeniu własnem, poleca autor gorąco leczenie wodami Kissingen i kąpielami, zwłaszcza błotnemi; wyniki w przypadkach przewlekłych mają być znakomite. *Dr. M. Godlewski.*

Hagen. **Działanie atropiny i eumidryny w chorobach żołądka i jelit.** (*D. Archiv f. klin. Med.* T. 86, Z. 4 i 5). Aż do ostatnich czasów utrzymywało się przekonanie, że atropina wywiera na przewód pokarmowy działanie tylko porażające; tymczasem z doświadczeń Magnusa, ogłoszonych przed dwoma laty w *Archiv f. d. ges. Physiol.*, wynika, że małe dawki działają pobudzająco na sploty Auerbacha, regulując przytem i przyspieszając prawidłowy ruch robaczkowy jelit; z drugiej strony bardzo małe dawki atropiny usuwają kurcze toniczne jelit, wywołane podaniem trucizn, jak: pilokarpina, muskaryna, fizostygmina. Na zasadzie tych doświadczeń zaczął Hagen podawać atropinę lub też eumidrynę w takich przypadkach, w których chodziło o zamianę i uregulowanie przeciwrobaczkowego ruchu jelit na prawidłowy robaczkowy, o uspokojenie nadmiernie pobudzonego lub też pobudzenie porażonego. Stosował więc Hagen te środki z bardzo dobrym skutkiem przeciw uporczywym wymiotom, towarzyszącym rozszerzeniu i wrzodom żołądka, ciąży; również dobre zdaje się atropina oddawać usługi w wszelkich nerwicach czuciowych, wydzielniczych, czy ruchowych żołądka lub jelit. Korzystne działanie atropiny w kolce żółciowej i moczowej tłómaczy się nietylko działaniem atropiny, uśmierzającem bole i kurcze, ale także regulującem ruch robaczkowy. — Hagen występuje ostro przeciwko dotychczasowemu ogólnie przyjętemu postępowaniu przy zapaleniu wyrostka robaczkowego; zdaniem jego

stosowanie szablonowe we wszystkich okresach zapalenia wyrostka tylko morfiny i okładów z lodu sprzeciwia się zarówno pojęciom naukowym, jak i codziennemu doświadczeniu lekarskiemu; to też nie można się dziwić, iż w podobnych warunkach zwykłem zakończeniem sprawy bywa zabieg operacyjny. Wskazanie przyczynowe wymaga bowiem przy zapaleniu wyrostka 1) gruntownego oczyszczenia kątnicy i wyrostka z wszelkiej zawartości celem powstrzymania dalszego rozwoju drobnoustrojów chorobotwórczych, 2) dokładnego odkażenia, 3) szybkiego ograniczenia sprawy chorobowej i przeszkodzenia jej szerzeniu się na otoczenie, 4) ochrony przed dalszym dowozem materyału zakaźnego. Wskazaniom tym ani morfina, ani okłady lodowe zadość nie czynią; morfina hamuje bowiem ruch robaczkowy, okłady zaś — których działanie, jak wiemy z doświadczeń Krehla, sięga głęboko i wywołuje oziębienie jelit aż do 28° C. — pozbawiają tem samem jelita ich fizyologicznych czynność i możności zwalczenia sprawy chorobowej własnemi silami. Nic dziwnego, że przy takiem postępowaniu ostatecznie zabieg operacyjny staje się niezbędnym. — Całkiem inaczej ma się rzecz przy stosowaniu wilgotnego ciepła w postaci jakichbądź okładów równocześnie z wewnętrznem podawaniem eumidryny; działanie ich uzupełnia się tutaj wzajemnie i odpowiada pod każdym względem wskazaniom przyczynowym. Kataplazmowanie zajętej okolicy kątniczej wywołuje czynne przekrwienie w głębi, przez co, jak to utrzymuje Bier, zwiększa się dowóz bakteryobójczych substancyi i fagocytoza; równocześnie podana atropina, czy eumidryna, pobudza ruch robaczkowy, usuwając nagromadzone masy kałowe, uśmierza bole i sprowadza całą sprawę zapalną na prawidłowe fizyologiczne tory.

*Wilczyński.*

Otten. **Przyczynek do chorobotwórczości paciorkowca śluzowego** (*streptococcus mucosus*). (*D. Archiv f. klin. Med.* T. 86, Z. 4 i 5). Od czasu (1903), kiedy Schottmüller wyróżnił nowy rodzaj paciorkowca, t. zw. paciorkowca śluzowego, niewiele pojawiło się o tym mikrobie wzmianek w piśmiennictwie. Między innymi sam Schottmüller opisuje 6 przypadków włóknikowego zapalenia płuc, wywołanych przez paciorkowca śluzowego; również w spostrzeganych przez Lenhartza, jakoteż Bonoma i Panieńskiego przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych pojawiał się wyłącznie lub razem z ziarenkowcem (*meningococcus*) Weichselbanma i paciorkowiec śluzowy. Do spostrzeżeń tych dodaje obecnie autor 7 własnych przypadków (2 zapalenia płuc odoskrzelowe, 2 zapalenia opon ropne, jedno zapalenie ropne oskrzeli, jedno zapalenie płuc włóknikowe i jedno otrzewnej miednicznej). We wszystkich początek choroby był nagły, zakończenie śmiertelne, we wszystkich można było już za życia wykryć we krwi paciorkowca śluzowego.

*Wilczyński.*

Bahrdt. **Badania doświadczalne nad odczynem tuberkulinowym.** (*D. Archiv f. klin. Med.* T. 86, Z. 4 i 5). U morskich świnek, zakażonych poprzednio gruźlicą, wrażliwość na wstrzykiwania tuberkuliny (stara tuberkulina Kocha, wyrabiana w fabryce w Höchst), wzrasta stopniowo wraz z rozwojem gruźlicy.

*Wilczyński.*

Brodzki Jan. **Badania doświadczalne wpływu odżywiania na ciśnienie krwi przy zapaleniu nerek.** (*Wykład na 27-ym zjeździe balneologów w Dreznie*). Autor, kierownik zakładu w Cudowie, badał w pracowni Senatora w Berlinie ciśnienie krwi zapomocą manometru rtęciowego, ponieważ sposób ten jest o wiele dokładniejszy od tonometrycznego mierzenia ciśnienia. — Autor wykonał doświadczenia na 25 dużych królikach w ten sposób, że naprzód określał manometrycznie prawidłowe ciśnienie, następnie zaś wstrzykiwał zwierzętom płyny toksyczne w celu wywołania ostrego zapalenia nerek. — W 18 przypadkach wstrzykiwał autor $^1/_2$ strzykawki Pravatza 1 prc. roztworu uranu, w 6 zaś pół strzykawski rozczynu: *Cantharid. pur.* 0,05, *Ol. olivar.* 10, — ostatni płyn podług Browicza i Dunina (*Centralblatt für med. Wissensch.* 1879 i 1882) jedynie w celu wywołania ciężkiego kłębkowego zapalenia nerek, które podług Loeba i Krohla stanowi przyczynę, wywołującą wzmożenie ciśnienia. — Mocz zwierząt codziennie mierzono i badano co do białka. Zwierzętom podawano taki pokarm, jakiego wpływ właśnie chciano zbadać. — 5—6 dnia, kiedy objawy nerkowe zaczęły zagrażać życiu, określano ciśnienie krwi w drugiej tętnicy szyjnej. Autor umyślnie nie czekał aż do zupełnego bezmoczu, aby nie otrzymać wyników, któreby mogły być zależne od osłabienia serca, albo też charłactwa zwierzęcia. Ze zwierzęcia wypuszczano krew, którą następnie kryoskopowo badano, ażeby poznać, jaki wpływ wywarło zapalenie nerek na fizyczne własności krwi; w końcu wykonywano sekcyę, badając nerki mikroskopowo. Z doświadczeń autora wynika, że ani woda (zwyczajna, ani też mineralna: Wildungen Helenenquelle i Fachinger), ani też sól kuchenna, mleko, wyciąg mięsny nie wpływają wcale na zwiększenie ciśnienia tętniczego, choć mikroskop stwierdza ciężkie rozlane zmiany zapalne w nerkach (wysięk w kłębkach, rozpad komórek nabłonkowych, wałeczki, krwiomocz i t. d.). Autor stwierdził, że tylko rozczyn uranu wywołuje wzmożenie ciśnienia na 12 milim. rtęci, roztwór zaś kantarydyny tego nie wywołuje. Wyciąg mięsny wywołuje zmniejszonie ciśnienia na 6 milim., co zależy prawdopodobnie od soli potasowych (8,98 prc.) kreatyniny, ksantyny i kwasu mlecznego (6 prc.), które osłabiająco podziałały na mięsień sercowy. — Sól kuchenna nie ma wcale tak wyjątkowego wpływu na wzmożenie ciśnienia, jak to sądzą autorowie francuscy (Ambard, Beaujard, Laufer, Combe i t. d.). (*Streszczenie własne*).

Landouzy. **Pył i gruźlica.** (*Presse méd.* Nr. 19, 1906). Wśród stolarzy, pakierów i parkietników, zgłaszających się do szpitala Laënneca, a wystawionych na działanie pyłu drzewnego, bardzo często zawierającego prątki gruźlicze, tylko 32 prc. ogólnej liczby chorych cierpiało na gruźlicę, śmiertelność zaś z powodu gruźlicy wynosiła 7·78 prc. ogólnej śmiertelnożci w tych zawodach; natomiast wśród praczek i mężczyzn, temu zajęciu się oddających, połowa zgłaszających się chorych dotknięta była gruźlicą, śmiertelność zaś z powodu gruźlicy wynosiła 75 prc. ogólnej śmiertelności w tym zawodzie. Statystyka ta dowodzi, że najważniejszym czynnikiem w powstaniu gruźlicy jest łatwość zakażenia się (usposobienie odgrywa mniejszą rolę). Niewątpliwie pył z brudnej bielizny częściej zawiera prątki gruźlicze, niż nawet pył, unoszący się z podłogi. Zakażenie według autora nie zawsze musi odbywać się drogą oddechową; łatwo może nastąpić zakażenie przez migdałki i przewód pokarmowy, gdyż ludzie, piorący bieliznę, zwykle w samej pracowni spożywają pokarm; pył łatwo osadza się na ustach lub wąsach, a przy spożywaniu pokarmów zostają z nim razem prątki gruźlicze połykane. Również często pokarmy, jak n. p. mleko, mogą uledz zakażeniu przez dostanie się do nich pyłu, zdaniem autora częściej, niż z powodu gruźlicy krów.

*Dr. Mostowski.*

Hartenberg. **Elektroterapeutyczne leczenie zaparcia stolca neurasteników.** (*Presse méd.* Nr. 19, 1906). Autor zaleca sposób prof. Doumera z Lille leczenia zaparcia stolca neurasteników prądem elektrycznym. W postaci niedowładnej zaparcia leczenie tak się przedstawia. Chory siada na dużej elektrodzie, na brzuchu kładzie się drugą elektrodę, jak największą. Zapomocą przerywacza, połączonego z permutatorem, przepuszcza się co 30 sekund prąd krótki, zmienny, o natężeniu 200 miliamperów, sile elektromotorycznej do 40 volt. Skóra wytrzymuje dobrze te silne prądy z powodu wielkości elektrod i krótkotrwałości prądu. Każde zamknięcie i przerwanie prądu wywołuje gwałtowny, ale niebolesny skurcz mięśni brzucha, któremu towarzyszy silne wzmożenie ruchów robaczkowych jelit. Dziennie poddaje się pacyenta 40 takim podwójnym wstrząśnieniom. Stolce występują codziennie. Po pewnym czasie zabieg powtarza się tylko co 2, 3 lub 4 dni, poczem u wszystkich chorych następuje zupełne uregulowanie stolca.

*Dr. Mostowski.*

Martinet. **Podawanie mleka kwaśnego w nowotworze żołądkowo-trzustkowym.** (*Presse méd.* Nr. 18, 1906). Autor podaje ciekawe spostrzeżenie kliniczne. U chorego z nowotworem na przedniej ścianie żołądka, przechodzącym na trzustkę, z towarzyszącą żółtaczką z powodu ucisku przewodu żółciowego wspólnego, któreto zmiany stwierdzono następnie przy operacyi, podanie mleka kwaśnego usuwało natychmiast napady gwałtownego bolu i wymioty; ilekroć nie podano mleka, ale inną, choćby jak najlżejszą dyetę, wymioty i bole natychmiast w najgwałtowniejszy sposób powracały, po podaniu zaś mleka natychmiast znikały. Wobec tego podawano tylko mleko kwaśne aż do śmierci chorego, która nastąpiła z powodu ogólnego wyniszczenia; przez cały czas mlecznej dyety aż do śmierci chory nie miał bolów, ani wymiotów. Autor sądzi, że gdyby podawanie mleka kwaśnego i u innych chorych ten sam wywierało skutek, pozwalałby ten prosty środek czynnie usunąć cierpienie w wielu przypadkach, w których lekarz obecnie jest zupełnie bezradny.

*Dr. Mostowski.*

Rubow. **O nadmiernej kwaśności soku żołądkowego i oznaczeniu jej zapomocą obiadu próbnego Sahliego.** (*Arch. f. Verdaunngskr.* Z. 1, 1906, T. XII). Autor badał cały szereg prób, służących do oznaczenia kwaśności treści żołądka tak w stanie prawidłowym, jakoteż i chorobowym i porównywał je z wynikami próby Sahliego. Wszystkie prawie próby dowiodły, że kwaśność treści żołądkowej pozostaje w ścisłym związku z ruchową sprawnością żołądka. Nawet w stanie prawidłowym wydzielają gruczoły błony śluzowej mniejszą lub większą ilość śluzu, która mieszając się z treścią lub sokiem żołądkowym, wpływa w mniejszym lub większym stopniu na kwaśność treści. Próbie Sahliego odmawia Rubow większego znaczenia.

*Schudmak.*

Einhorn. **Nowa metoda oznaczenia czynności narządu trawienia.** (*Arch. f. Verdaunngskr.* Z. 1, 1906. T. XII). Na pod-

stawie tego, że z pokarmów tylko część ulega trawieniu żołądkowemu, inne zaś ulegają strawieniu dopiero w jelitach, starał się autor trawienie żołądkowe, oraz jelitowe zbadać zapomocą perełek porcelanowych, napełnionych różnemi substancyami, wchodzącemi zazwyczaj w skład naszych pokarmów, a mianowicie badał zmiany, jakim ulegała treść perełek po przebyciu drogi żołądkowo-jelitowej, lub tylko żołądkowej. Przy badaniu trawienia tylko żołądkowego posługuje się autor także kapsułkami żelatynowemi, zawieszonemi na nitce jedwabnej, a wypełnionemi różnymi pokarmami. Badany połyka taką kapsułkę, a koniec nitki okręca się około ucha. Po 4—6 godzinach wyciąga się kapsułkę i bada się jej treść. Do badania trawienia jelitowego użyte perełki wyszukuje w kale z pomocą sitka Boasa. Dla ułatwienia badania są perełki różnie zabarwione; perełki tejsamej barwy wypełnia się tąsamą treścią. Zapomocą tej metody stwierdził autor, że w stanie fizyologicznym zostają zupełnie strawione w żołądku katgut, oraz ości ryb, natomiast mięśnie, skóra kur, oraz surowe lub nawet gotowane, jednak nie rozdrobnione ziemniaki zupełnie w żołądku nie znikają; — w mięśniach następuje tylko pęcznienie, oraz rozpadanie się włókien. — Surowe mięso, oraz skóra kur znikają zupełnie w jelitach, natomiast ścięgna (surowe) zupełnie się nie zmieniają, gotowane zostają strawione, a skórka ziemniaków pozostaje zawsze niezmieniona. Tłuszcze o wysokim punkcie topnienia, jak stearyna, wosk, parafina, nie zostają w jelitach wchłonięte; tłuszcz barani w żołądku zupełnie nie ulega zmianie, a trawi się dopiero w jelitach. Rozciągając swe doświadczenia i na przypadki chorobowe, stwierdził E. na razie, że przy nieżycie zanikowym żołądka (*achylia gastrica*) katgut i ości, a zatem substancye, wyłącznie trawieniu żołądkowemu podlegające, zupełnie nie uległy zmianie, zaś przy kwaśności nadmiernej (*hyperaciditas*), trawienie żołądkowe żadnym nie ulegało zboczeniom. Ciekawe jest również spostrzeżenie, że w jednym przypadku niewątpliwego raka żołądka trawienie żołądkowe zachowywało się przez cały czas trwania choroby prawidłowo, co autor tłómaczy odpowiedniem usadowieniem się raka, prawdopodobnie w okolicy dna żołądka. Z niewielkiej liczby zbadanych przypadków chorobowych nie wysnuwa jeszcze E. na razie żadnych ogólnych wniosków.

*Schudmak.*

Baibakoff. **O wpływie azotanu srebrowego na skład soku żołądkowego.** (*Arch. f. Verdauungskr.* Z. 1, T. XII, 1906). Azotan srebrowy podnosi według badań autora stanowczo kwaśność, a zwłaszcza wpływa pobudzająco na wydzielanie kwasu solnego. Dlatego jest przeciwwskazany w tych wszystkich chorobach żołądka, w których jest nadmiar kwasu solnego. Wprost szkodliwie działa azotan srebrowy przy nadmiernej kwaśności zwyczajnej, sokotoku Reichmanna, oraz wrzodzie okrągłym. Dobre może natomiast oddawać usługi w tych stanach chorobowych, w których sok żołądkowy zawiera dużo śluzu, a kwaśność jest obniżona, t. j. gdzie mało kwasu solnego. Co do sfery ruchowej, to azotan srebrowy zdaje się działać pobudzająco, gdyż ilość treści, wydobytej z żołądka po zadawaniu azotanu srebrowego, bywała stale mniejsza, aniżeli bez tego środka. Przy zwiotczeniu ścian żołądka jest zatem azotan srebrowy środkiem bardzo odpowiednim. Dawki, przy których autor już spostrzegał skuteczne działanie, oznacza na 0·002 gr. trzy razy dnia, co pozwala na dłuższe używanie tego środka. — W jaki sposób azotan srebrowy działa, t. j. czy na gruczoły wprost, czy na zakończenia nerwowe, czy też drogą krwi, autor nie rozstrzyga.

*Schudmak.*

Conradi. **Stwierdzenie prątków durowych we krwi.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 2, 1906). Oba używane dziś powszechnie w klinikach sposoby wykazania prątków durowych we krwi (Castellaniego i Schottmüllera) opierają się na tej wspólnej podstawie, że przez znaczne rozcieńczenie świeżej krwi tętniczej starają się przeszkodzić wystąpieniu substancyi bakteryobójczych. Chociaż oba te sposoby dają prawie we wszystkich przypadkach duru zupełnie zadowalniające i pewne wyniki, to jednak poza szpitalem i kliniką, w praktyce prywatnej, nie znalazły one dotąd szerszego zastosowania, gdyż przeszkadza temu z jednej strony obawa publiki przed upustem krwi, ze strony zaś lekarzy trudności techniczne wykonania próby przy łóżku chorego. Aby ich uniknąć i lekarzowi praktycznemu ułatwić wykonanie całej bakteryologicznej części badania w pracowni, a nie przy łóżku chorego, autor zmienia sposób Schottmüllera i Castellaniego, opierając się na następujących teoretycznych podstawach. Wiadomo, że u tego samego osobnika silne bakteryobójcze działanie jego krwi wypuszczonej i krzepnącej pozostaje w rażącym niestosunku do małej bakteryobójczości jego krwi krążącej. Gdy n. p. 1 cm³. surowicy krwi prawidłowego królika niszczy 30.000 prątków wąglikowych *in vitro*, to już 600 prątków wąglikowych śródżylnie wstrzykniętych zabija tego samego królika w ciągu 2 dni. Surowica z krwi wypuszczonej u chorego na dur zazwyczaj bardzo silnie swoiście działa na prątki durowe; natomiast równoczesne badanie krwi u tego samego chorego wykrywa czasem i kilkaset prątków durowych na 10 cm³ krwi krążącej. Widocznie więc bakteryobójcze swoiste substancye, jakie w surowicy chorych na dur można wykazać, we krwi krążącej tychże chorych albo zupełnie się nie znajdują, albo tylko w stanie nieczynnym (*inactiv*), a działanie ich występuje na jaw dopiero zewnątrz ustroju podczas krzepnięcia krwi i wydzielania się surowicy. Owym czynnikiem, który utajone we krwi krążącej substancye bakteryobójcze przeprowadza w stan czynny, jest zdaniem autora sprawa krzepnięcia krwi. Aby zatem łatwiej wykryć prątki durowe we krwi, próbował autor krew chorych durowych utrzymać w stanie płynnym, aby w ten sposób, niedopuszczając do skrzepnięcia, przeszkodzić wytworzeniu się bakteryobójczych substancyi surowicy. Zadanie to spełnia doskonale żółć, która dodana do krwi, nietylko utrzymuje ją w stanie płynnym, ale nadto stanowi doskonałą pożywkę dla prątków durowych. Cały zaś sposób postępowania jest w krótkości następujący: świeżą żółć bydlęcą z dodatkiem 10 prc. peptonu i 10 prc. gliceryny — wyjaławia się w parze i rozlewa się po 5 cm³. do małych szklanych rurek z korkiem gumowym, dającym się wyjałowić. Po nakłuciu skóry wciąga się ostrożnie sączącą się z ranki krew do zwykle używanych rurek włoskowatych, zatkanych w górnym rozszerzonym końcu watą, w dolnym zaś zawierających nieco roztworu żółci tak, by krew przy wciąganiu mieszała się zaraz z żółcią. Powtarzając to kilkakrotnie można z małej ranki wyssać pół do dwóch cm³. krwi, którą odrazu zlewa się do większej rurki, zawierającej 5 cm³. roztworu żółci, poczem się ją wstawia do cieplarki na 10—16 godzin przy 37°, a następnie czerpie z niej materyał do przeszczepiania na płytki agarowe.

*Wilczyński.*

Askanazy. **Moczenie krwawe jako objaw początkowy pierwotnej gruźlicy nerek.** (*D. Archiv f. klin. Med.* T. 86. Z. 1—3). W rzadkich stosunkowo przypadkach pierwszym objawem rozpoczynającej się gruźlicy nerek bywa mniej lub więcej obfity krwiomocz, pojawiający się zwykle nagle i niespodziewanie wśród zupełnego zdrowia. Czasem wyprzedza on na wiele lat właściwy obraz gruźlicy nerek. Czas trwania i nasilenie krwotoku bywają bardzo różne; w jednych przypadkach ustaje on bardzo szybko, w innych natomiast rozciąga się na dnie i miesiące. Ilość białka odpowiada zazwyczaj domieszce krwi; prątków gruźliczych w moczu zwykle wykryć nie można; w osadzie spotyka się wałeczki krwawe. Napadom krwiomoczu towarzyszą często bole w okolicy nerek, podobne do kolki przy kamicy nerkowej. Przy obmacaniu nerek nie stwierdza się w okresie początkowym krwiomoczu jeszcze żadnych zmian przedmiotowych; bolesność i powiększenie zjawiają się dopiero znacznie później. Silne i długotrwałe krwawienia nerkowe mogą być przyczyną wprost groźnej dla życia niedokrwistości, która może nawet stanowić wskazanie do natychmiastowego zabiegu operacyjnego.

*Wilczyński.*

Czaplewski. **Rurki zaopatrzone w tamponiki, ułatwiające wykonanie odczynu Gruber-Widala.** (*Münchener mediz. Wochenschrift* 1906, Nr. 11). Surowica ścieka w czasie centryfugowania z napajanego krwią tamponika z odtłuszczonej waty do rurki, jakiej używamy do odczynu Fickera. Tamponik nawinięty jest na grubą szpilkę, przebijającą korek, który zamyka szczelnie Fickerowską rurkę. Tamponik ten sterczy ku światłu rurki. Jeśli tylko korek jest szczelny, krew nie wysycha i centryfugowanie oraz badanie następuje dopiero w pracowni.

*Dr. M. Godlewski.*

Riegler. **Nowsze odczyny na kwas acetooctowy.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 10). Najprostszy i powszechnie używany odczyn Gerhardta (barwa burgundzkiego wina po dodaniu kilku kropel chlorku żelaza) ma tę ujemną stronę, że wypada dodatnio po zażyciu antypiryny, kwasu salicylowego i t. d. Zabarwienie jednak w takim razie nie znika po zagotowaniu moczu, znika zaś, jeśli był obecny kwas acetooctowy. Odczyn Rieglera (*Wiener med. Blätter* 1902 Nr. 14, 1903 Nr. 16) najlepiej wykonać w sposób następujący: do 2 ctm. moczu prawidłowego dodajemy tyleż 10 prc. kwasu jodowodorowego i 3 ctm. chloroformu. Po wymieszaniu chloroform zabarwia się fioletowo. Teraz dodajemy około 10 ctm. badanego moczu; jeżeli kwas acetooctowy w nim się znajduje, to chloroform się odbarwia. — Lindemann używa (*Münch. med. Wochs.* 1905. Nr. 29) zamiast kwasu jodowodorowego roztworu Lugola, mocz trzeba jednak w takim razie zakwasić. — Za bardzo dobrą, chociaż skomplikowaną, uważa autor ulepszoną przez siebie próbę Arnolda.

*Dr M. Godlewski.*

Krokiewicz. **Bardzo czuły odczynnik na barwiki żółciowe.** (*Tygodnik lek.* i *Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 11). Do wykonania próby potrzeba 3 odczynników: *a) acidum sulphanilicum* 1 prc. *b) natrium nitrosum* 1 prc. *c) acid. hydrochlor.*

*concentr. pur.* W probówce mieszamy małe (około 1 ctm.) ilości dwóch pierwszych odczynników, poczem odlewamy z niej tyle, aby nie pozostało więcej, niż kilka kropel (około $^{1}/_{2}$ ctm.); dodawszy następnie tyleż ($^{1}/_{2}$ ctm.) badanego płynu (moczu itp.) wstrząsamy przez kilkanaście sekund: — powstaje zabarwienie rubinowo-czerwone, przechodzące za dodaniem 1—2 kropel stężonego kwasu solnego po rozcieńczeniu wodą w ametystowe. Gdy barwików żółciowych dużo, trzeba mocz rozcieńczyć. Próba ta, jako bardzo czuła, pozwala wykryć najdrobniejsze ślady barwików żółciowych, n. p. w treści, wydobytej zgłębnikiem żołądkowym. *Dr. M. Godlewski.*

Schütz. Do artykułu p. t.: **„Nowe sito do badania kału"**. (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 10). Powolnemu stosunkowo przechodzeniu kału przez potrójne sito (*Münch. med. Wochs.* 1905, Nr. 15) można łatwo zaradzić przez szybkie i miarowe uderzanie szpatułką drewnianą w siatkę drucianą.

*Dr. M. Godlewski.*

**NEUROLOGIA.** Müller. **Typowe schorzenie rdzenia przedłużonego.** (*D. Archiv f. klin. Med.* T. 86, Z. 4 i 5). Przypadek kazuistyczny. 46-letni mężczyzna z rozległą przedwczesną miażdżycą tętnic cierpiał od lat 10 na silne napadowe bole i zawroty głowy. Przy jednym z takich napadów chory upadł, nie straciwszy jednak przytomności i nie mógł już odtąd chodzić. Po kilku dniach nastąpiło wśród nowego bolu głowy porażenie połykania i chrypka; badanie przedmiotowe stwierdziło wyraźny bezład (*ataxia*) prawej górnej i dolnej kończyny, prawostronne porażenie strun głosowych i skrzyżowane zmiany w czuciu, a mianowicie: zupełne zniesienie czucia bolu i ciepłoty po prawej stronie twarzy, a lewej tułowia i lewych kończyn; świadomość zupełnie zachowana; po kilkunastu dniach chory zmarł z aspiracyjnego zapalenia płuc. Sekcya wykazała bardzo daleko posuniętą — stosunkowo do wieku zmarłego — miażdżycę tętnic mózgowych, zakrzep w prawej tętnicy kręgowej i w następstwie ognisko rozmiękłnienia w prawej połowie rdzenia przedłużonego w całej jego długości od skrzyżowania piramid aż do mostu. *Wilczyński.*

Stembo. **O dwóch przypadkach czkawki przy wiądzie.** (*Neurol. Centralbl.* Nr. 11, 1905). Czkawka, zdarzająca się u chorych na wiąd z przyczyn zwykłych, jak uczucia silnego głodu, zaburzeń płucnych lub śródbrzusznych, nie jest niczem nadzwyczajnem. W przypadkach, spostrzeganych przez S., czkawka przybrała jednak postać prawdziwych napadów, znamiennych dla wiądu i dłuższy czas, bo nieraz tygodnie i dłużej trwających. I tak stwierdził S. u człowieka 41-letniego, dotkniętego wiądem, czkawkę, utrzymującą się prawie bez przerwy dniem i nocą, wskutek czego chory był bardzo wyczerpany, tembardziej, iż każdy pokarm, do żołądka wprowadzony, sprawiał mu nieznośne bole i to dopóty, dopóki wymioty nie przyniosły mu ulgi na krótką chwilę, poczem znowu czkawka powracała mimo stosowania prądu stałego, morfiny i wdychiwań chloroformu. Dopiero po upływie 10 dni zakończyły się napady, lecz po 5 miesiącach znów wróciły. Dalsze losy chorego nie są autorowi znane. Podobnie rzecz się miała u innego chorego, u którego napady trwały po kilkanaście dni; z początku chory radził sobie rozmyślnem wywoływaniem wymiotów; później gdy to i inne środki nie skutkowało, nic nie pozostało, jak tylko przepłukiwania żołądka, przynoszące przynajmniej chwilowo ulgę choremu; podupadł on tak dalece na siłach, iż musiano stosować lewatywy odżywcze. *Korm.*

**CHIRURGIA.** Sticker. **Udzielające się i rakowate nowotwory na zewnętrznych częściach rodnych psa.** (*Arch. f. klin. Chir.* 1906, Tom 78). U psów zdarzają się często na zewnętrznych częściach rodnych wyrośle, określane częścią jako narośle rakowate, częścią jako guzy pochodzenia zapalno-zakaźnego. Najczęściej jednak utkanie ich przypomina żywo mięsaka ludzkiego. Przeszczepić je na inne zwierzęta jest dość łatwo i opisano już bardzo wiele podobnych doświadczeń. Pierwszy przeszczepił je Nowinsky. Wehr ze Lwowa w roku 1888 i 1889 przeszczepiał te guzy u 26 psów, przyczem spostrzegał niekiedy także samorodne znikanie nowopowstałego guza. Podobne doświadczenia wykonali Duplay, Carni, Geissler, Smith, Washbourn, White, Sanfelice, Sticker i inni, Smith i Washbourn zauważyli przeszczepianie się guzów przez stosunek płciowy i to w miejscach, odpowiadających sobie, t. j. tam, gdzie członek przylega w czasie spółkowania do pochwy (z 12 suk, zapłodnionych przez chorego psa, 11 uległo zakażeniu). Uważają oni guzy te za mięsaki okrągłokomórkowe, odznaczające się wybitną złośliwością, tworzeniem przerzutów i wielką zaraźliwością. Wcieranie zawiesiny tych guzów wywołuje również zakażenie, natomiast przesącz (przez filtry lub bibułę) nigdy choroby nie wywołał. Guzy te mogą znikać samoistnie i wtedy zwierzę jest już odporne na ponowne zakażenie. Podskórnie zaszczepiono z dodatnim skutkiem guzy 60 razy. Guz wyrasta po szczepieniu już zwykle po 2 tygodniach; w skórze rozwija się po szczepieniu zazwyczaj jeden tylko guz. Natomiast z 60 szczepień do jamy otrzewnej najczęściej rozwijały się guzy mnogie, rozsiane, podobnież w klatce piersiowej. Wprowadzenie (przez nakłucie) części guza do żołądka i mózgu wywoływało również rozwój guzów. Badanie mikroskopowe sprawy przyjmowania się komórek nowotworowych stwierdza najpierw bardzo liczne mitozy. Z początku guzek powiększa się przez wrastanie komórek w szczeliny tkankowe, potem wprost przez rozsuwanie i ucisk tkanek, przyczem nigdy komórki zakażonego ustroju nie przemieniają się w komórki nowotworowe. Rozsiewanie się guzów w jamach surowiczych następuje przez odrywanie się grup komórek nowotworowych. Ogólne zakażenie następuje najczęściej przez przebicie się guza do naczynia krwionośnego. Rozsiewanie się drogą limfy jest rzadsze. W guzach nie powiodło się nigdy stwierdzić drobnoustrojów. Komórki nowotworowe są bardzo odporne: ogrzewanie dwugodzinne w 50°, przechowywanie przez dobę w termostacie lub w ciepłocie — 14° nie niszczy wcale ich żywotności. Koty, króliki, świnki morskie, szczury i myszy są odporne na zakażenie, natomiast u lisa zdołano wywołać guzy przez szczepienie. Guzy te cechuje: 1) łatwe przenoszenie się, nawet drogą stosunku płciowego, 2) podobieństwo w powstawania z tworzeniem się gruzełka, 3) pojawianie się u młodych, ale dojrzałych płciowo psów, natomiast niezdarzanie się u starych, 4) zdolność samorodnego znikania. Dawniej uważano te guzy za raki, a to głównie na tej zasadzie, że komórki ich bywają podobne do nabłonkowych; dokładniejsze jednak badania stwierdziły ich przyrodę mięsakową, choć u psów znane są typowe raki, zwłaszcza na napletku i w przedsionku pochwy. Doświadczenia autora, wykonane na 14 pokoleniach u 160 psów, potwierdziły wszystkie przytoczone spostrzeżenia. Przypadki przenoszenia się nowotworów spostrzegano także u ludzi, n. p. u małżonków na częściach rodnych, dalej nowotwory na wardze dolnej i górnej, na obu wargach sromowych i t. d. Również, choć rzadko, spostrzegano także u ludzi samorodne znikanie guzów, których mikroskopowe badanie stwierdziło utkanie mięsaka lub raka. Szczególnie wydarzyć się to może co do mięsaka. Autor kładąc nacisk na zaraźliwość guzów, spotykanych u psów, samorodne znikanie i czynną po niem odporność ustroju, sądzi, że dalsze badanie tych guzów może rozświetli ciemną jak dotąd patologię nowotworów.

*A. Klęsk.*

R. Kümmell. **W sprawie gruźliczych zmian przełyku.** (*Münch. medizin. Wochenschrift*, Nr. 10, 1906). Wprawdzie gruźlicze zmiany przełyku opisywane bywają teraz coraz częściej, nie mniej jednak należą one do cierpień stosunkowo rzadkich. Przypadek autora, dokładnie spostrzegany, odnosi się do chorego, u którego przy sekcyi znaleziono wrzód gruźliczy, zajmujący większą połowę przełyku, a w innych częściach przełyku liczne małe wrzody i gruzełki. Chory umarł z powodu gruźlicy płuc i krtani. Przy sekcyi znaleziono także gruźlicę jelit i sterczu. Tak rozległą zmianę przełyku opisał tylko raz Weichselbaum; w jego przypadku powstała ona wskutek przebicia się zserowaciałych gruczołów do przełyku. W przypadku Kümmla zakażenie nastąpiło prawdopodobnie przez połykaną plwocinę. Zwykle gruźlica rozwija się w przełyku już poprzednio zmienionym (rak, pleśniawki, oparzenia). Objawów klinicznych w tym przypadku nie było zupełnie, przełykanie było swobodne i niebolesne; natomiast zazwyczaj objawia się gruźlica przełyku bolesnością i objawami zwężenia. Nie są to jednak objawy swoiste, stąd i rozpoznanie gruźlicy przełyku za życia jest najczęściej niemożliwe. *A. Klęsk.*

Lichtenstein. **Woda jako przeszkoda przy zdjęciach röntgenowskich.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 10, 1906). Radyografia w położnictwie znajduje coraz szersze zastosowanie, zwłaszcza z wprowadzeniem pubiotomii. Jednak zdjęcia położnicze są bardzo często bardzo niewyraźne. A jednak dobre zdjęcia byłyby dla położnika bardzo ważne, dozwalałyby bowiem oceniać symetryę miednicy, jej zmiany chorobowe, sprawę gojenia się kości łonowej po pubiotomii, dalej położenie płodu, ciążę bliźniaczą i t. d. Przypuszczano, że zamazanie obrazu pochodzi od grubej warstwy części miękkich (macicy ciężarnej, samego płodu i t. d.), która dla promieni röntgenowskich ma być nieprzepuszczalną. Płód, leżący zewnątrz macicy, o wiele lepiej wychodzi na kliszy, niż płód wśród macicy. Prócz grubej warstwy części miękkich obwiniano stosunkowo wielką odległość płodu od kliszy, ruchy matki i płodu, a w końcu miękkie jeszcze utkanie kośćca płodu. Albers-Schönberg zapomocą swojej uciskowej blendy uzyskał wcale dobre zdjęcie płodu w macicy, co odnosi do wstrzymania ruchów płodu przez blendę. Jednakże badania doświadczalne Alberta i obecnie autora dowodzą, że główną przeszkodą w zdjęciach röntgenowskich wogóle jest tylko woda. Dowodzą tego röntgenogramy sztaby żelaznej. pod którą na kliszy ustawia się naczynie (skośnie), wypełnione wodą. Najwyraźniej-

szy obraz powstaje tam, gdzie warstwa wody jest najcieńszą. Na röntgenogramach kobiety ciężarnej najwyraźniej widać kości przedniego pierścienia miednicy, zaś kości, leżących pod warstwą wód płodowych, (jak talerze biodrowe, kość krzyżowa i t. d.) prawie zupełnie nie widać. Już warstwa 10 ctm. płynu wystarcza, by obraz kości był zamazany. U ciężarnej warstwa dosięga około 33 ctm., w okolicy spojenia 16 ctm. Gdy ilość wód płodowych jest skąpa, zdjęcia wypadają znacznie lepiej. W chirurgii woda przeszkadza również często przy zdjęciach. I tak o wiele lepiej wychodzą kamienie w przewodach żółciowych, niż w samym woreczku leżące, podobnie kamienie w moczowodach widać lepiej, niż w miedniczce nerkowej, w której mocz się zatrzymał. Oczywiście na wyrazistość wpływa tu także znacznie skład kamienia. *A. Klęsk.*

Reclus. **Leczenie zmiażdżeń palców.** (*Presse méd.* Nr. 19, 1906). Autor, jeden z głównych twórców zachowawczego leczenia zmiażdżeń członków, odstępuje od ogólnej zasady, o ile chodzi o palce ręki. Palce zupełnie zmiażdżone należy odjąć, zwłaszcza u ludzi z pracy rąk żyjących, niebezpieczeństwo zakażenia jest bowiem szczególnie u tych ludzi duże, leczenie trwa nadzwyczaj długo, wynik ostateczny, zesztywnienie, nietylko nie przynosi pożytku choremu, ale owszem uniemożliwia pracę i zmusza do następowego odjęcia zagojonego ale zesztywniałego palca. Wyjątek stanowi duży palec ręki. Tu należy jak najbardziej zachowawczo postępować, gdyż uratowanie choćby najdrobniejszej cząstki palca dużego stanowi o przyszłej czynności całej ręki. *Dr. Mostowski.*

Meissl. **W sprawie plastyki policzka.** (*Arch. f. klin. Chir.* 1906, T. 78). Po omówieniu sposobów, używanych dotąd do plastycznego pokrycia ubytków policzka, opisuje autor dwa przypadki, w których Eiselsberg wykonał plastykę z języka, a mianowicie rozciął język cięciem, równoległem do dna jamy ustnej od strony ubytku do połowy i rozchylone kawałki języka wszył w ubytek policzka, poczem płatem ze szyi pokrył ubytek skórą od zewnątrz. Cięcie nie sięgało do końca języka, przez co język zachował potem wcale dobrą ruchomość. W pierwszym przypadku wycięto przedtem kawałek szczęki dolnej, wszycie więc języka było przez to łatwe, w drugim usunięto dla tegoż celu zęby żuchwy. Język w obu przypadkach przygoił się bardzo dobrze, zamknięcie jamy ustnej było zupełne. Sposób ten jest niejako dalszym ciągiem prób Gersunyego i Eiselsberga pokrywania ubytków podniebienia uszypułowanymi płatami z języka. *A. Klęsk.*

Sommer. **Krytyczne i nowe uwagi w sprawie leczenia ropni migdałków.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 11, 1906). Leczenie ropni migdałków w pierwszych okresach ich rozwoju polega na stosowaniu środków przeciwzapalnych, jak lodu, okładów i płukań przeciwgnilnych. Jeżeli obrzęk się powiększa, stosuje się znowu środki, mające przyspieszyć tworzenie się ropnia, jak gorące okłady, wdychiwania, kataplazmy, lub też nacięcia i nakłucia zwalniające. Nacięcia te zarastają szybko, trzeba je potem zgłębnikiem rozdzierać na nowo i dlatego chorzy często nie pozwalają na dalsze takie zabiegi. Często, choć już ropień się wytworzył, cięcie nie natrafia na ropę, bo można ropień ominąć, a za głęboko boją się lekarze nacinać, aby nie zranić tętnicy szyjnej. Utrudnia też operacyę szczękościsk, częsty w tych przypadkach. Wobec tych różnych trudności radzi autor po rozpoznaniu ropnia migdałka zaraz usuwać migdałki z pomocą noża lub tonsillotomu. Otworzy się przez to ropień zawsze i usunie się odrazu przypadłości i to na stałe, w następstwie bowiem ropni powstają często przerosty, zmuszające nieraz później do usuwania migdałka. Autor znieczula migdałek pędzlowaniem 5 prc. kokainą i wstrzykiwaniem 1 grm. 3 prc. kokainy z kilku kroplami adrenaliny. *A. Klęsk.*

Ehrlich. **Leczenie ostrych i przewlekłych ropień kamforą fenolową.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 11, 1906). Autor poleca gorąco sposób leczenia ostrych i przewlekłych spraw zapalnych i ropnych kamforą fenolową, podany swego czasu przez Chlumskyego. Przy próbach okazał się najlepszym stosunek, podany przez Chlumskyego, t. j. *Acid. carbol. puriss.* 30,0. *camphor. trit.* 60,0., *alkohol* 10,0. Autor stosował to leczenie w 96 przypadkach różnych zapaleń i ropień w postaci smarowań, zakraplań i zakładania luźnych setonów, napojonych tym środkiem. Objawy zapalne znikały szybko, ropienie i obrzmienie rychło się ograniczały, bolesność ustępowała również prędko. Przy ropieniach w okolicy stawów ruchomość ich, upośledzona wskutek obrzęku, wracała już na drugi dzień. Przy stosowaniu okładów nie trzeba pokrywać ich ceratką, lecz dozwolić lekowi parować. W razie rozpoczynającego się ropienia robi się z początku okłady, a potem, gdy chełbotanie wystąpi, małe cięcie. Sposób ten zasługuje zdaniem autora o wiele więcej na polecenie n. p. w praktyce wojskowej, niż zastoinowe przekrwienie Biera, nie wymaga bowiem tylu ostrożności i wyuczonego personalu sanitarnego celem nadzorowania przekrwienia. *A. E. Klęsk.*

Stein. **Przypadek bąblowca wątroby, przebicie do płuca — wyleczenie po wycięciu żebra.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 12, 1906). U 40-letniej kobiety pojawiły się po raz pierwszy bóle w okolicy wątroby przed 8 laty. Z końcem roku 1904 wymioty i kolka wątrobna. Rozpoznano kamicę żółciową. Potem częste dreszcze, kaszel, powiększenie śledziony i gorączka. Leczenie wewnętrzne przeciw kamicy. Wątroba i śledziona powiększały się stale, wystąpił obrzęk rąk i nóg, mocz wydzielał się skąpo. Leczenie promieniami Röntgena. Wątroba i śledziona zmalały, mocz miał być raz wtedy całkiem „czarny“. Kaszel coraz silniejszy; w kwietniu 1905 w plwocinie znaleziono haczyki bąblowca. Na operacyę chora się nie zgadza. W maju przy kaszlu odchodzą masy szaro-czerwone, blizko litr dziennie; gorączka do 40°, silne wychudzenie. W czerwcu znaleziono zupełne stłumienie po prawej stronie klatki piersiowej i rozpoznano ropniak opłucny. Chora godzi się na zabieg. Wycięcie 7. żebra poniżej prawej brodawki sutkowej. Wydobyła się ropa w ilości 2 litrów, stan bardzo lichy, wskutek czego odstąpiono od dalszego zabiegu. Potem częste odkrztuszanie mas ropiastych w dużej ilości, aż w końcu października wyzdrowienie. Przez ranę klatki piersiowej odchodziły ciągle pęcherze bąblowca aż do lipca. Wobec żółtaczki, odpluwania przy kaszlu haczyków, obecności barwików żółciowych w plwocinie i zmniejszenia się nagłego wątroby trzeba przyjąć, że byłto przypadek bąblowca wątroby, który przebił się do płuca. *A. Klęsk.*

**POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA.** W. Nacke. **O cięciu cesarskiem na zmarłej z wadą serca.** (*Zentralblatt für Gynekologia,* 1906, Nr. 10). Z powodu wady serca (zwężenie ujścia żylnego lewego) powikłanej ciążą w 37. tygodniu, postanowił N. przerwać ciążę. Wkrótce po założeniu balona zastał N. chorą umierającą. Czuwając ciągle nad tętnem płodu, wykonał N. w 2 minuty po ostatnim oddechu chorej cięcie cesarskie i wydobył płód, zdolny do życia i żywy, który niestety zmarł w $1^1/_2$ godziny po operacyi jedynie wskutek zbyt energicznych wahań Schultzego; sekcya bowiem stwierdziła krwotok wewnętrzny w następstwie uszkodzenia wątroby. Wobec trudności w ocenianiu zapasowej siły serca uważa N., podobnie jak Bussalla, jak najdłuższe wyczekiwanie obok nadzorowania tętna płodu za jedynie właściwe postępowanie. Inaczej ma się rzecz z drgawkami porodowemi, przy których radzi N. za Henkelem, w razie niemożności rozwiązania przez pochwę, cięcie cesarskie zaraz po pierwszym gwałtownym napadzie, lub po szeregu słabszych. Uśpienie i zabieg, które mogą same przez się wywrzeć wpływ fatalny na chorą z wadą serca, nie grożą niebezpieczeństwem u chorej z drgawkami porodowemi; przeciwnie chloroform i upust krwi obok opróżnienia macicy mogą tu wywrzeć wpływ jak najlepszy. *B. Wojciechowski.*

Utmoller. **Cięcie cesarskie pochwowe przy drgawkach porodowych w domu prywatnym wykonane.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr. 10). U pierwiastki wystąpiły na 2 tygodnie przed końcem ciąży silne drgawki porodowe, które w ciągu $^5/_4$ godziny powtórzyły się 6 razy. Chora straciła po 2. napadzie przytomność. Tętno wysokie, obrzęki, 8‰ białka w moczu, brak czynności porodowej; płód żyje. W złych warunkach co do asysty i miejsca wykonał U. cięcie cesarskie pochwowe, z przecięciem przedniej i tylnej ściany szyi, a po obrócie wydobył płód żywy, ważący 3750 gr. i wyjął łożysko. Przy wydobyciu płodu stawiała opór pochwa i międzykrocze, które uległo przedarciu I. stopnia. Po porodzie napady ustały: po kilku godzinach powróciła świadomość. W 3. i 4. dniu połogu ciepł. do 38°, w 4. dniu znikło białko w moczu; tętno, z początku 120, wróciło 11. dnia do stanu prawidłowego. Przy leczeniu drgawek porodowych leży, zdaniem U., jądro sprawy w tem, by macicę opróżnić jaknajrychlej po wystąpieniu pierwszego napadu, bez względu na częstość napadów. Cięcie cesarskie pochwowe uważa U. za zabieg szybszy i mniej niebezpieczny, niż rozszerzenie sposobem Bossiego. *B. Wojciechowski.*

Bosteller. **Przypadek skrwawienia się z powodu białaczki u ciężarnej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 9). Pierwiastka w VII. miesiącu ciąży. Z powodu zapalenia migdałków wykonał lekarz domowy nacięcie, połączone z obfitszym, niż zwykle krwotokiem, lecz ropy nie znalazł. W chwili przyjęcia c. 37·3, t. 88. Cera blada, gruczoły szyjne obrzękłe, tkliwe, zapalenie migdałków. Płód żywy, ujście rozwarte na palec, nieznaczne krwawienie. Mocz krwawy, bez wałeczków. Ropień migdałka lewego przebił sam; po 2 dniach ciepłota prawidłowa. Około południa duszność, tęt. 96—150, ciepłota dosięga wieczorem 40·2; niepokój; mocz silnie krwawy; tarcie na wysokości 4. żebra tuż przy l. brzegu mostka; I. ton sercowy nieczysty; poród nie postępuje. Nacięcie obu migdałków nie wykryło ropy. Wieczorem nagle śmierć wśród objawów porażenia serca. Uwzględniając brak tętna płodu i wczesny okres ciąży, zaniechano cięcia cesarskiego na zmarłej. Za przyczynę śmierci uwa-

żano gwałtowne zakażenie, wychodzące z migdałków. Sekcya stwierdziła: płyn surowiczo-krwawy w jamie opłucnej, wybroczyny na osierdziu i wsierdziu; w sercu i dużych naczyniach tylko płynna krew, mięsień sercowy blady; migdałki bardzo duże, zawierają w środku ogniska tkanki obumarłej; w drogach oddechowych śluz krwawo zabarwiony; w płucach zmian zapalnych niema; śledziona duża, miękka, ciemno-czerwona, przy górnym brzegu 2 świeże zatory; w przewodzie pokarmowym płyn krwawy, wybroczyny na otrzewnej i błonie śluzowej jelit; nerki duże, blade; miedniczki rozszerzone, błona śluzowa przekrwiona, obrzękła; wątroba duża, miękka, blada; obrzęk gruczołów podszczękowych. Badanie drobnowidowe (Recklinghausen) wykazało liczne nacieki okrągłokomórkowe (przeważnie małych limfocytów) wewnątrz torebki Glissona; stan ten określił R. jako białaczkę wątroby. Podobnie stwierdził naciek białaczkowy w błonie śluzowej miedniczki nerkowej w połączeniu z wybroczynami. Przyjęcie choroby krwi ze skłonnością do krwotoków tłómaczy wszystkie objawy w danym przypadku. Gwałtowny przebieg nie zezwolił na dokładne badanie krwi, któreby było potrzebne do określenia rodzaju białaczki. Powikłanie z ciążą należy do wielkich rzadkości. Etyologia ciemna. Wczesne rozpoznanie niema praktycznej doniosłości, bo zarówno leczenie białaczki jako takiej, jakoteż powikłanej z ciążą, jest bezskuteczne. *B. Wojciechowski.*

R. de Seigneux. **Graficzna metoda w ginekologii i zastosowanie jej do zwalczenia raka macicy.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 9). S. sporządził tablicę kratkowaną, obejmującą jeden rok, przeznaczoną do tego, by chora sama zaznaczała w niej każde krwawienie, jego stopień, doznawane przytem bole, potem upławy i t. d. Tablica taka pozwala lekarzowi bardzo dobrze zoryentować się w najważniejszych objawach życia płciowego kobiety. S. sądzi, że gdyby wręczanie takiej tablicy każdej chorej i wypełnianie jej przez chorą stało się ogólnym zwyczajem, gdyby nadto każda kobieta do 30. lub 40. roku życia co 6 miesięcy, a później co 3 miesiące przedstawiała swą tablicę lekarzowi, to niemożliwem byłoby przeoczenie objawów raka macicy i nie byłoby przypadków zaniedbanych. Skoro ludzie inteligentni przedstawiają się od czasu do czasu dentyście, aby się przekonać, czy zęby się nie psują i wcześnie braki naprawiać, to tembardziej powinnyby kobiety z powodów o wiele poważniejszych poddać objawy swego życia płciowego nadzorowi lekarskiemu. *B. Wojciechowski.*

Sellheim. **Badania anatomiczne, doświadczalne i kliniczne nad operacyjnem rozszerzeniem miednicy.** (*Beitr. zur Geb. und Gyn.* T. X. Z. 3). W przypadkach miednic ścieśnionych, dających wskazanie względne do cięcia cesarskiego, rozporządzamy obecnie w razie braku zgody na cięcie następującymi sposobami rozwiązania matki i otrzymania płodu żywego: wysokie kleszcze, obrót zapobiegawczy, poród przedwczesny i rozszerzenie ścieśnionego kanału miednicy. Rozszerzenie kanału rodnego osiągamy zapomocą ułożenia Walchera, rozcięcia spojenia i pubiotomii. Sposoby te zmniejszają znacznie śmiertelność dzieci i ułatwiają wydalenie dziecka drogą naturalną. Od czasu podania pubiotomii podskórnie lub z jak najmniejszą raną zewnętrzną powstała tem większa potrzeba dokładnego poznania anatomicznych stosunków tej okolicy. Niewielkie cięcie skórne na łuku łonowym nie narusza zwykle żadnych znaczniejszych naczyń. Przy przesuwaniu igły po tylnej ścianie łuku oddzielamy od kości sieć dość silnych naczyń, które zasilają gałęzie łonowe tętnicy nabrzusznej i zasłonowej (*ramus pubicus art. epigastricae i ramus pubicus art. obturatoriae*). Jeżeli te naczynia są silnie rozwinięte, to istnieje tak wielką wzbudzająca obawę »*corona mortis*«. Przez ostrożne odsunięcie tkanki od kości można krwotoku uniknąć. Krwawienia naczyń zasłonowych unikamy na pewne, przepiłowując kość nie dalej, jak na 2 palce od środka spojenia, lub inaczej mówiąc trzymając się na wewnątrz od guzka k. łonowej (*tub. pubicum*). Piłka może łatwo skaleczyć splot żylny na przedniej stronie kości łonowej. Zranienia splotów naczyniowych na dolnej powierzchni i silnych splotów żylnych można uniknąć, trzymając się igłą Döderleina ściśle dolnego brzegu kości łonowej, jakkolwiek małych skaleczeń trudno uniknąć. Zranienie splotów żylnych bywa skutkiem następowego rozejścia się kości, o czem świadczy to, że krwotok często pojawia się dopiero później, nie podczas samego piłowania. Kość należy piłować ostrożnie, ale nie za ostrożnie; kiedy się odnosi wrażenie, że kość przepiłowana, trzeba najpierw przekonać się o rozstąpieniu się kości, a potem dopiero wyjąć piłkę, często bowiem znajdują się na przedniej stronie bardzo silnie rozwinięte więzadła, które również trzeba przedzielić. Autor przestrzega przed prowadzeniem igły bez nadzoru palcem, bardzo łatwo bowiem można wtedy drogę zmylić. Na podstawie licznych doświadczeń i dokładnych pomiarów na zwłokach doszedł autor do przekonania, że stopień rozszerzenia miednicy jest jednakowy, tak przy rozcięciu spojenia, jak też hebotomii, bo mimo przesunięcia cięcia ku jednej stronie miednicy, miednica rozszerza się dosyć jednostajnie. Natomiast do rozszerzenia przepiłowanej miednicy potrzeba przy pubiotomii siły średnio 3 razy większej, niż przy rozcięciu spojenia, a to wskutek utrzymania części miękkich. Szczegół ten przemawia na korzyść pubiotomii. Im kość krzyżowa szersza, tem znaczniej powiększa się sprzężna wchodu. Ułożenie Walchera po wykonanej pubiotomii jest zbyteczne, a przytem niebezpieczne, gdyż zagraża więzadłom miednicy. W klinice fryburskiej wykonano hebotomię 5 razy, zawsze podskórnie sposobem Döderleina. Krwawienie podczas i po przecięciu kości było z jednym wyjątkiem zawsze silne, ustawało jednak stale pod uciskiem gazy. Ranę skórną zaszywano bez sączkowania. We wszystkich przypadkach wytworzyły się krwiaki wielkości jaja gęsiego. W dwóch pierwszych przypadkach rodzące same porodziły, a poród niczem nie różnił się od porodu prawidłowego. W przypadku trzecim założono kleszcze ze względu na tętno płodu; wydobycie było łatwe. 16-go dnia operowane wstały; kość była dobrze zrośnięta, chód prawidłowy; u jednej już po wstaniu powstał zakrzep żylny na lewem udzie. Sprzężna wchodu uległa stałemu wydłużeniu od $^1/_2$—$^3/_4$ cm (Bylicki). Autor sądzi, że po hebotomii należy w zasadzie czekać na poród siłami przyrody. Zachowanie części miękkich sprzyja powolnemu rozszerzaniu się miednicy, a i możliwość niezwłocznego zeszycia rany stawia hebotomię wyżej od rozcięcia spojenia. Autor nie widzi powodu, dlaczegoby nie można pubiotomii stosować także i u pierwiastek. Krwiaki mogą uledz wessaniu lub zropieniu, co tem więcej nakazuje zachować jak najściślejszą czystość przy operacyi. Często nie następuje prawidłowy zwrot główki wskutek zmniejszenia się krzywizny kanału miednicy. Co do wskazań, to autor robi hebotomię, widząc z przebiegu porodu, że siłom przyrody nie uda się pokonać niestosunku porodowego bez szkody dla dziecka lub matki. Dlatego też robi ją i przy mniejszych ścieśnieniach, jeżeli główka duża. Autor uważa rozcięcie spojenia i pubiotomię za równoznaczne pod względem rozszerzenia miednicy. *Dr. Przybylski.*

Blumreich. **W sprawie hebotomii.** (*Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr. 8). Autor zebrał z piśmiennictwa do 1 stycznia 1906 86 przypadków hebotomii. Siedem przypadków zakończyło się śmiercią matki: z tego raz wskutek chloroformu, raz w trzy tygodnie po operacyi na dur, z pozostałych pięciu cztery zmarły wkrótce po operacyi na zakażenie, w jednym stwierdziła sekcya zakrzepy w obu żyłach nasiennych aż do rozgałęzień żył nerkowych. W przypadkach tych, które zakończyły się śmiercią wskutek zakażenia, istniały rozległe, bo aż do rany w kości drążące pęknięcia pochwy, powstałe w czasie porodu kleszczowego. W żadnym z tych przypadków nie można było stanowczo udowodnić, że zakażenie istniało już przed zabiegiem. Z tego, że z 14 przypadków, w których była gorączka przed hebotomią, te tylko zakończyły się śmiercią, w których były głębokie zranienia pochwy, wysnuwa autor wniosek, że obrażenia części miękkich (zwłaszcza łączące się z raną kostną), pogarszają bardzo rokowanie. W interesie więc tej tak pożytecznej operacyi należy unikać wszelkich zranień części miękkich. Dlatego po hebotomii radzi autor (podobnie jak Zweifel, Menge i Döderlein) nie kończyć porodu sztucznie, lecz zostawić go siłom przyrody. Pęcherz moczowy zraniono w czterech przypadkach. Przyczyny zranień pęcherza są dwojakie: albo rani je igła lub piłka, łącząc wprost wnętrze pęcherza z raną operacyjną, albo zranienia powstają wskutek ucisku ścian pęcherza między główką, a brzegiem rany w kości. Z tego względu jest zdaniem autora lepszym sposób Döderleina, jako dozwalający oddzielić pęcherz przez ranę od kości. — W ośmiu przypadkach powstały po operacyi zakrzepy w żyłach. Jest to liczba bardzo znaczna, gdy się zważy, że według obliczeń Winkla wypada na 635 połogów 1 przypadek zakrzepu żylnego. — W 10 przypadkach spostrzegano w miejscu przepiłowania kości krwiaki, które najczęściej bez złych następstw ulegały wessaniu. Jeżeli się po udoskonaleniu techniki operacyjnej zmniejszy śmiertelność po hebotomii, to operacya ta zastąpi wymóżdżenie na dziecku żywem, cięcie cesarskie ze wskazania względnego i sztuczny przedwczesny poród, a nawet zdaniem niektórych autorów wysokie kleszcze i obrót zapobiegawczy. Hebotomię wykonywać można wprawdzie także poza kliniką, lecz ponieważ operacya ta sprawia często wiele trudności, szczególnie w leczeniu pooperacyjnem, przeto zdaniem autora nie powinni jej wykonywać lekarze praktycy. *Jaworowski.*

P. Profanter. **Tymczasowe doniesienie o nowym sposobie oburęcznego badania ginekologicznego.** (*Wiener klin. Wochs.* Nr. 6, 1906). By módz wykonać oburęcznie dokładne badanie ginekologiczne, musi lekarz uśpić chorą chloroformem. Zdarza się to przedewszystkiem u kobiet starszych, które nigdy nie rodziły, u których pochwa jest długa i wązka, podściółka tłuszczowa na brzuchu bardzo obfita, a mięśnie brzucha napięte, na-

stępnie u kobiet nerwowych i wrażliwych, jakoteż u kobiet, u których badanie wywołuje ból w częściach rodnych zewnętrznych (*vaginismus*). By uniknąć w takich przypadkach uśpienia chloroformowego, stosował autor badanie w ciepłej kąpieli. Skutek był zawsze bardzo dobry, wązka pochwa rozszerzała się pod wpływem wypełniającej ją wody, napięcie powłok brzusznych i ciśnienie brzuszne wybitnie się zmniejszało, a bole, jeżeli istniały, były przy tem badaniu daleko mniejsze, lub zupełnie ich nie było. Jedyną ujemną stroną tego badania jest niedogodna pozycya badającego i badanej. Autor ma jednak nadzieję usunąć wkrótce to przeszkody przy pomocy odpowiedniego przyrządu. *Jaworowski.*

J. Wallart. **W sprawie zmian jajników przy zaśniadzie groniastym i złośliwym nabłoniaku kosmówki.** (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.* T. LVI, Z. 3). Autor występuje przeciw zapatrywaniu tych autorów, którzy twierdzą, iż przy zaśniadzie groniastym lub nabłoniaku kosmówki ulega zmianie budowa histologiczna jajników, a mianowicie, iż jajnik ulega zwyrodnieniu torbielowemu, ściany zaś torbieli stanowią warstwy komórek luteinowych. Pick twierdził, iż nadmierne wytwarzanie się komórek luteinowych pociąga za sobą wzmożony rozwój komórek nabłonka kosmkowego w macicy, lub też w trąbkach i tworzenie się zaśniadu groniastego. Tymczasem każda ciąża wywołuje taki silniejszy rozwój komórek luteinowych w mniejszym lub większym stopniu. Autor spostrzegał przypadek nabłoniaka kosmówki zakończony śmiercią, w którym cała choroba trwała tylko 3 miesiące. Badanie jajników stwierdziło również torbielowe zwyrodnienie. Ściany tych torbieli miały budowę mieszków z tą jednakowoż różnicą, iż osłonka wewnętrzna tworzy warstwę komórek nabłonkowatych, zupełnie podobnych do komórek luteinowych w ciałkach żółtych prawdziwych. Wnętrze torbieli zajmowała jednostajna brunatnawa treść płynna. Zmiany takie spotyka się i w zupełnie prawidłowych ciążach i nie można ich uważać za zjawisko, właściwe tylko przypadkom zaśniadu groniastego lub nabłoniaka kosmówki. W tym n. p. przypadku tak niewielkie stosunkowo zmiany w jajnikach miałyby według tego zapatrywania wywołać tak szybki postęp choroby, co przecież jest niemożliwe, skoro n. p. w innem spostrzeżeniu autora były w jajnikach jeszcze większe zmiany bez jakichkolwiek zmian chorobowych jaja. Autor sądzi, iż przy zaśniadzie i nabłoniaku kosmówki nie zachodzą w budowie jajników żadne swoiste zmiany, któreby mogły mieć jakieś rozpoznawcze znaczenie dla tych chorób.
*Dr. G. Wierzbicki.*

Doc. Wł. Bylicki. **Niezwykłe źródło zakażenia połogowego. Przyczynek do powstawania najmniejszych przetok pochwowo-prostnicowych.** (*Tyg. lek.* 1906, Nr. 8, 9 i 10). Autor opisuje przebieg połogu, połączony z zakażeniem miejscowem, wywołanem przez prątek okrężnicy. Zakażenie to przebiega z gwałtowniejszymi objawami miejscowymi, niż zakażenie gronkowcem, o czem w danym przypadku świadczył wielki obrzęk warg sromowych małych i wielkich, brudno szara, matowa powłoka wrzodów i odchody o woni kału. Prątek okrężnicy dostał się w tym przypadku do części rodnych nie z zewnątrz, lecz przez przetokę pochwowo-prostnicową. Powstanie tej przetoki tłómaczy B. w ten sposób, iż przy przerzynaniu się główki musiało powstać pęknięcie błony śluzowej odbytnicy, następnie warstwy mięsnej pochwy i samej błony śluzowej pochwy. *Ozw.*

Józef Sachs. **I. Przypadek cięcia cesarskiego z powodu wskazania bezwzględnego. II. Przypadek oderwania sklepień pochwowych podczas porodu, po raz drugi się zdarzający u jednej i tej samej osoby.** (*Medycyna*, Nr. 10). I. Cięcie cesarskie wykonał S. u 24-letniej pierwiastki z miednicą ogólnie ścieśnioną krzywiczą o sprzężnej wchodu prawdziwej 5 ctm. II. W Nrze 38 *Gazety lek.* z roku 1902 opisał autor „przypadek oderwania sklepienia pochwy od macicy podczas porodu". U tej samej osoby podczas następnego porodu 10-go powstało pęknięcie pochwy w sklepieniu tylnem. S. rozwiązał rodzącą przy pomocy obrotu na nóżkę, poczem wytamponował pochwę gazą jodoformową. Chora w 4 tygodnie po zabiegu wyszła ze szpitala z wysiękiem przymacicznym. Zwężenie miednicy, większe wymiary główki przy jednoczesnej bliźnie w miejscu poprzedniego pęknięcia wywołały ponowne oderwanie się sklepień pochwowych. *Ozw.*

Louros. **Wpływ zimnicy na ciążę, poród i połóg.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 2, 1906). Zakażenie zimnicze wywołuje bądźto poronienie i poród przedwczesny, bądź też odklejenie się łożyska i krwotoki w czasie ciąży, porodu i połogu. Dotychczas tłomaczono zjawisko to częścią wysoką gorączką i niedokrwistością, częścią wpływem chininy, wywołującej kurcze macicy; autor opierając się na badaniach Pa qualiego, Bompianiego i swoich własnych twierdzi, że przyczyna leży w zmianach samej macicy, podobnie jak w wątrobie i śledzionie pojawiających pod wpływem zarazka zimniczego. Drobnowidowe bowiem badanie łożyska położnic, dotkniętych zimnicą, stwierdza w niem różnorakie patologiczne zmiany, jak: zawały, naloty włóknikowe, bujanie tkanki łącznej i zanik kosmków. *Wilczyński.*

**OKULISTYKA.** Renner. **Przekrwienie bierne w leczeniu okulistycznem.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 1). Autor próbował w klinice Eversbuscha w Monachium leczyć niektóre cierpienia oczne zapomocą przekrwienia biernego sposobem Biera. Przedtem przekonał się autor na sobie, jaki skutek wywiera na prawidłowych oczach miernie silne zaciśnięcie szyi elastyczną taśmą, 3 ctm. szeroką. Znosił on takie zaciśnięcie przez 3 do 8 godzin, doznając przytem uczucia pełności i ciepła w twarzy i głowie, napięcia w powiekach i w zewnętrznych mięśniach ocznych, zatkania nosa, oraz chrypki, wywołanej zapewne lekkiem obrzmieniem strun głosowych. Spojówka powiek ulegała silnemu przekrwieniu, spojówka gałki również, ale w mniejszym stopniu. Renner nie zauważył żadnej zmiany w bystrości wzroku, ani w ruchach gałek ocznych, ani w napięciu śródgałkowem. W ten sposób stosowane przekrwienie bierne dawało stosunkowo najlepsze wyniki w przypadkach miąższowego zapalenia rogówki, które ustępowało szybko bez żadnego innego leczenia. Korzystny, choć mniej uderzający wpływ wywierało ono także na przebieg pełzającego wrzodu rogówki. Przy zapaleniu pryszczykowem i zaćmieniach rogówki unaczynionych i nieunaczynionych nie dawało przekrwienie bierne żadnych korzyści, ale też nie sprawiało żadnej szkody. Spostrzeżeń jest dotąd za mało, aby módz na nich opierać sąd stanowczy o tym sposobie leczenia. Przekrwienie bierne stosowano oczywiście tylko u osób, nie dotkniętych żadnemi zboczeniami w narządzie krążenia, po większej części u dzieci, a także u osób dorosłych, które nie przekroczyły czterdziestki. *K. W. Majewski.*

Sokołow. **Działanie chlorku yohimbiny na oko.** (*Rozpr. doktorska Petersburg.* Wedł. *Ann. d'ocul.* 1906, Nr. 2). Chlorek yohimbiny rozpuszcza się w wodzie tylko za ogrzaniem i to zaledwie w stosunku 2: 100. Po upływie miesiąca rozczyn przybiera barwę żółtawą i traci swe działanie lecznicze. Rozczyny 1 prc. i 2 prc. mają w małym stopniu własności bakteryobójcze. Po zapuszczeniu rozczynu yohimbiny do worka spojówkowego powstaje wśród uczucia pieczenia nastrzykanie spojówkowe i rzęskowe, trwające 4 do 6 godzin. Naczynia na dnie oka nie ulegają zmianie. Po upływie 20 do 30 minut zaczyna się rozszerzać źrenica. Rozszerzenie dochodzi do szczytu po upływie godziny i utrzymuje się mniej więcej przez przeciąg jednej doby. Na akomodacyę, ani na parcie śródoczne yohimbina nie wpływa. Rozczyny 1 prc. i 2 prc. wywołują w 30 do 60 sekund po zapuszczeniu zupełne znieczulenie rogówki i spojówki, utrzymujące się przez 9 do 15 minut, poczem czucie stopniowo powraca. Zagotowanie rozczynu nie zmienia wcale jego znieczulających własności. Ujemną stroną yohimbiny jest dość znaczne nastrzykanie, jakie powstaje po jej zakropleniu, a którego nie usuwa nawet dodana do rozczynu adrenalina. Z tego powodu zastosowanie tego środka musi doznawać pewnych ograniczeń. Z korzyścią można go używać jako środka znieczulającego przy niektórych drobnych zabiegach, jak n. p. usuwanie ciał obcych z rogówki, tatuacya plam rogówkowych, gdzie niema krwotoku; dalej przy wyciskaniu ziarn jagliczych, przy operacyi skrzydlika, przy tenotomii, tu bowiem rozszerzenie naczyń i zwiększony nieco krwotok niewiele przeszkadza. Natomiast przy wycięciu tęczówki i przy operacyi zaćmy, gdzie nieznaczny nawet wylew krwi utrudnia i sam zabieg operacyjny i następowe leczenie, yohimbina jest przeciwwskazana. Wstrzyknięta podskórnie znieczula ona tkanki tak samo, jak kokaina. *K. W. Majewski.*

Gullstrand. **Barwa środkowej plamki** (*macula centralis*) **siatkówki.** (*Arch. f. Ophth.* T. LXII, Z. 1, 1906). Autor unika z rozmysłu powszechnie przyjętej nazwy „plamka żółta" (*macula lutea*), ponieważ środkowa plamka w żywem oku nie zawiera wcale żółtego barwika. Badanie wziernikiem przy świetle dziennem, jak i przy świetle lampy łukowej istotnie nie stwierdza wcale żółtego zabarwienia plamki. G. przytacza prócz tego cały szereg innych argumentów dla poparcia już dawniej przez siebie wypowiedzianego twierdzenia, że nazwa plamki żółtej nie jest usprawiedliwiona ani jej wejrzeniem za życia, ani nawet jej barwą po śmierci, jeśli bowiem na świeżo wyłuszczonej gałce ocznej oddzieli się siatkówkę jak najdelikatniej i z użyciem jak najmniejszej siły, wtedy niema ani śladu żółtego zabarwienia. *K. W. Majewski.*

Wolfrum. **Pięć przypadków gruźlicy oka, leczonych tuberkuliną** *T. R.* (*Archiv f. Augenheilk.* T. LIV, Z. 1, 1906). Tuberkulina Kocha pierwotna nie była w okulistyce prawie wcale stosowaną. Natomiast nowa tuberkulina T. R. zaczyna sobie zjednywać zwolenników. Autor w lipskiej klinice okulistycznej prof.

Sattlera leczył zapomocą wstrzykiwań tej tuberkuliny trzy przypadki gruźliczego zapalenia tęczówki i dwa przypadki *episcleritis tuberculosa*. Z wyjątkiem jednego stwierdzono we wszystkich przypadkach zmiany gruźlicze w płucach. Autor rozpoczynał wstrzykiwania od 1/500 mg. suchej substancyi i dochodził do $^1/_2$ ctm.³ płynu, co odpowiada 5 mg. suchej substancyi. We wszystkich przypadkach wyleczono sprawę oczną. Zwykle w 14 dni do czterech tygodni po rozpoczęciu wstrzykiwań występuje odczyn, bądźto w postaci zaostrzenia się sprawy zapalnej, bądź też odrazu objawy zaczynają ustępować. Możność sprawdzania okiem postępów leczenia pozwala o wiele łatwiej w cierpieniach ocznych ocenić wartość leczniczą tuberkuliny, aniżeli w zmianach narządów wewnętrznych. Mierzenie ciepłoty ciała i dokładne badanie narządów wewnętrznych upewniło autora, że wstrzykiwania tuberkuliny w żadnym z jego przypadków nie wywołały zaostrzenia się gruźlicy ogólnej. Zresztą jest rzeczą mało prawdopodobną, ażeby leczenie, które najwidoczniej korzystnie wpływa na sprawę gruźliczą w oku, mogło równocześnie działać szkodliwie na tęsamą sprawę w innych narządach. W piśmiennictwie okulistycznem znalazł autor przeszło 100 przypadków gruźlicy oka, leczonych tuberkuliną T. R. z pomyślnym wynikiem.

*K. W. Majewski.*

Seelfelder. **Przyczynek do anatomii patologicznej wrodzonych zaćmień rogówki.** (*Archiv f. Augenheilk.* T. LIV, Z. 1, 1906). U 7-miesięcznego dziecka zauważyła matka stopniowe powiększanie się lewego oka. Badanie wykazało znaczne rozdęcie pasa, otaczającego granicę rogówkowo-twardówkową, bliznowate zaćmienie środka rogówki, stożkowato wydętego, i zlewające się z niem zaćmienie dolnowewnętrznej części rogówki. Prócz tego objawy jaskry następowej (*glaucoma infantile*, *hydrophtalmus*). Dla usunięcia znacznego oszpecenia odcięto przedni odcinek gałki ocznej. Badanie mikroskopowe odciętej części stwierdziło, że rogówka tylko w górnej $^1/_3$ części miała budowę, podobną do prawidłowej, zresztą zamieniona była na bliznę niejednostajnej grubości. Blizna ta, do której od tyłu przyrośnięta była całą powierzchnią również zmieniona tęczówka, była następstwem sprawy ropnej z płodowego okresu życia. Badaniem mikroskopowem nie mógł autor rozstrzygnąć, czy zakażenie ropne rogówki nastąpiło od zewnątrz, czy też z wnętrza oka. Autor zgadza się z Hoppem, że zakażenie ropne oka śródmaciczne powstaje raczej drogą krwi, a mniej prawdopodobnem jest zakażenie od strony wód płodowych, które, jak na to nowsze badania wskazują, zdają się posiadać własności bakteryobójcze.

*K. W. Majewski.*

Caspar. **Spostrzeżenia nad jednostronnem zniesieniem odruchu źrenicznego na światło.** (*Archiv für Augenheilk.* T. LIV, Z. 1, 1906). Na 26.000 chorych w ciągu lat 14, spotkał autor siedem razy jednostronne zniesienie odruchu źrenicznego na światło, u sześciu mężczyzn i jednej kobiety, w wieku między 30 a 40 rokiem życia. W jednym przypadku stwierdzono wiąd rdzenia na tle najprawdopodobniej kiłowem. U dwóch innych chorych można było przypuszczać rozpoczynający się wiąd, lub też porażenie postępujące. W dwóch przypadkach należało zmianę odnieść do urazu, doznanego w głowę. U wszystkich chorych jednostronna zmiana odruchu źrenicznego była jedynym objawem w zakresie narządu wzroku. U żadnego nie było porażeń zewnętrznych mięśni ocznych, ani osłabienia akomodacyi. W jednym przypadku obie źrenice były w zwykłych warunkach jednakiej wielkości. Trzy razy nieprawidłowo oddziaływająca źrenica była węższa, a trzy razy szersza od źrenicy zdrowego oka. Autor podkreśla, że te ostatnie trzy przypadki odnoszą się do chorych na wiąd rdzenia. U wszystkich chorych źrenica, nie oddziaływająca na światło, oddziaływała prawidłowo, a nawet jakby nadmiernie na akomodacyę. Dla uniknięcia pomyłek w spostrzeganiu radzi autor badać zawsze odruch źreniczny zapomocą lupy w oświetleniu ogniskowem, gdyż w świetle dziennem, gdy badane oko nagle odsłonimy, możemy zauważyć lekkie zwężenie źrenicy, które może wcale nie zależeć od światła, ale być tylko odruchem na napinającą się w tej chwili akomodacyę.

*K. W. Majewski.*

Landman. **Przypadek symetrycznego wrodzonego braku naczyniówki i siatkówki na całej przestrzeni poza okolicą plamki żółtej.** (*Archiv f. Augenheilk.* T. LIV, Z. 1, 1906). 44-letni chory, od dziecka zawsze słabo mrużył. Zewnętrznie oczy bez zmian, chory ma tylko zwyczaj mrużyć powieki, podobnie jak to czynią bielcy. Bystrość wzroku obustronnie obniżona do $^1/_3$, oraz bardzo znaczne współśrodkowe zwężenie pola widzenia. Przy badaniu wziernikiem uderzał biały odblask z dna oczu. Okazało się, że z wyjątkiem małej przestrzeni w okolicy plamki żółtej, obydwa oczy nie posiadały wcale naczyniówki i stąd to wszędzie widać było ścięgnisto-białą twardówkę. W okolicy plamki żółtej, oraz na prawem oku w trzech, a na lewem w dwóch miejscach, odpowiadających żyłom wirowym, widoczne były sploty naczyniowe, tworzące czerwone plamy, niewiele co większe od tarczy nerwu wzrokowego. Od plamki żółtej wychodziły w prawem oku dwa, w lewem trzy grubsze naczynia, w kierunku ku górze i zewnątrz. Zresztą tu i owdzie rozrzucone były nieliczne ogniska czarnego barwika. Tarcze nerwów wzrokowych blade, rozgałęzienia tętnicy i żyły środkowej cienkie i nikłe, gubiły się w niewielkiej odległości poza granicami tarczy. Nigdzie nie widać było tętnic rzęskowych tylnych, ani długich, ani krótkich. Autor przypuszcza, że tętnice te już w okresie zarodkowym zarosły tak, że tęczówka i ciało rzęskowe były zaopatrzone tylko przez tętnice rzęskowe przednie. Tylko okolica plamki żółtej była prawdopodobnie zaopatrzoną przez pozostałe gałązki tylnych tętnic rzęskowych, które przebijały wprost twardówkę i dlatego nie były zapomocą wziernika widoczne.

*K. W. Majewski.*

**MEDYCYNA SĄDOWA.** Dr. Moser. **Uraz i gruźlica stawów.** (*Aerztl. Sachverst. Ztg.* 1906, Nr. 4, 5). Autor zestawił 27 przypadków gruźlicy stawów, która miała po urazie wystąpić; na podstawie swoich spostrzeżeń dochodzi autor do wniosku, że związek przyczynowy między urazem, a gruźlicą stawu nie da się nigdy stanowczo ustalić, a przyjąć go można jedynie z większem lub mniejszem prawdopodobieństwem i to tylko przy uwzględnieniu następujących okoliczności: 1) Szczegóły samego wypadku i przebieg cierpienia aż do pojawienia się zmian gruźliczych muszą być dokładnie znane. 2) Uraz musi działać ze znaczniejszą siłą. 3) Skutki uszkodzenia muszą być natychmiast widoczne i trwałe, 4) mogą one jednak pozornie zupełnie ustąpić, albo też trwać aż do wystąpienia zmian gruźliczych. 5) Czem krótszy jest czas pomiędzy urazem a wystąpieniem gruźlicy, tem mniej prawdopodobny jest związek przyczynowy. 6) Najkrótszy przeciąg czasu, w jakim gruźlica po urazie wystąpić może, określa Moser na 4 do 6 tygodni. 7) Uraz albo stwarza wogóle podstawę do rozwoju gruźlicy stawu, albo też (co się częściej zdarza) pobudza istniejące już w kości stare ognisko do nowego rozgorzenia. 8) Istniejąca już jawna gruźlica może przejść w stan ostry i szybko przebiegający. 9) Przy badaniach należy zawsze uwzględnić ogólny stan uszkodzonego. Z opisanych przez M. 27 przypadków da się związek przyczynowy ustalić z wielkiem prawdopodobieństwem tylko w 5 przypadkach, niepewnych jest 18, w ostatnich 4 związek przyczynowy da się stanowczo wyłączyć.

*Dr. St. Jankowski.*

**HIGIENA.** Christian. **W sprawie stwierdzenia zakażenia wody kałem.** (*Arch. f. Hygiene* T. 54, str. 386). Autor zaleca na podstawie licznych doświadczeń z wodami studziennemi i rzecznemi Berlina jako najlepszą dla wyhodowania prątka okrężnicy, a więc i stwierdzenia domieszki kału, metodę Eijkamanna, polegającą na zaprawieniu znaczniejszej (około 100 ctm.³) ilości wody peptonem, cukrem gronowym i solą kuchenną i pozostawieniu tej mieszaniny w 10 kolbkach fermentacyjnych przy 46° C. przez dobę.

*L. Bier.*

Wolpert. **O ilości gazowych związków chemicznych węgla w powietrzu.** (*Arch. f. Hygiene* T. 52, str. 151). Autor powtórzył zapomocą ściślejszych metod badania, wykonane przed 30 laty przez Erismanna nad zanieczyszczaniem powietrza pod wpływem sztucznego oświetlenia, rozszerzając je i na nowsze gatunki światła, powietrze z ziemi, wpływ oddychania, oraz powietrze, zanieczyszczone ciałami, wydzielającemi silny zapach (olej dustless, jodoform, formalinowe pastylki i chloroform). Z badań tych wynika, że powietrze z wolnej przestrzeni zawiera stale gazowe połączenia chemiczne węgla, niezupełnie utlenione. W powietrzu berlińskiem wynosi ilość tych związków około 0,15‰, t. j. około $4^1/_2$ prc. ilości bezwodnika węglowego w powietrzu. Czyste powietrze mieszkań zawiera tężsamą ilość tych ciał, co powietrze w przestrzeni wolnej. Oświetlenie mieszkań materyałami, wywiązującymi bezwodnik węglowy, pobyt ludzi w mieszkaniu, wzmaga również ilość gazowych związków węgla, nie całkowicie utlenionych. Chloroform i pastylki formalinowe udzielają ich wiele powietrzu, niezwykle mało silnie woniejący jodoform, nie udziela ich zaś nic olej dustless.

*L. Bier.*

Wolpert. **Wpływ wolnej budowy (systemem will) domów na naturalną wentylacyę mieszkań.** (*Arch. f. Hygiene* T. 52, str. 46). W czasie upałów od 7 do 26 lipca 1904 r. wykonał W. bardzo liczne badania nad warunkami wentylacyi mieszkań położonych w willach przedmieść berlińskich, oraz w domach berlińskich, gęsto przylegających do siebie. Metoda badania polegała na określeniu sztucznie wprowadzonego $CO_2$ przy zastosowaniu formuły Seidla ($E = 2{,}3. \log \frac{K_1 - k}{K_2 - k}$, w której k oznacza ilość $CO_2$ w powietrzu przestrzeni wolnej, $K_1$ zawartość $CO_2$ na początku, zaś $K_2$ na

końcu doświadczenia, a E stopień odnowy powietrza, obliczony na 1 godzinę); nadto określano sposób budowy domu, kierunek okien mieszkania, oraz rodzaj panującego wiatru. Z badań tych wynika, że budowa domów w systemie will wzmaga naturalną letnią wentylacyę mieszkań przeszło o połowę; — wentylacya mieszkań w domach takich istnieje już w lecie w tym stopniu, w jakim osiąga się ją w gęsto zabudowanych domach wielkomiejskich dopiero w zimie ich ogrzaniem. Wolną budową domów osiąga się wzrost zdolności wentylacyjnej mieszkań, przewyższający 10° różnicy w ciepłocie (między powietrzem naokoło domu, a mieszkania). *L. Bier.*

Wolpert. **Jak wielką jest siła wiatru około naszych mieszkań?** (*Arch. f. Hygiene* T. 52, str. 22). Ze względu na higienę indywidualną, oraz higienę mieszkań — warunki ich wentylacyi, — ma poznanie siły wiatru w otoczeniu mieszkań szczególniejsze znaczenie zdrowotne. Oznaczenia siły wiatru, podawane przez stacye metereologiczne, nie dają wyobrażenia o sile wiatru koło mieszkań, gdyż oznaczenia te robione są zapomocą przyrządów umieszczanych na dachu, wieży, lub w stałych balonach wysoko nad powierzchnią ziemi. Stosunek siły wiatru na szczycie dachu do siły wiatru w sąsiedztwie zewnętrznych murów domu, jego okien i drzwi, nie jest dotychczas znany. W. posługiwał się do swych badań małemi anemometrami Robinsona. Okazało się, że mimo rozmaitej siły w rozmaitych miejscowościach, gdzie W. wykonał badania, siła wiatru w najbliższem sąsiedztwie mieszkań, szczególnie przed oknami i na podwórzach, rzadko kiedy wynosi więcej, niż około 10 prc. wiatru na wolnej przestrzeni, najczęściej kilka, czasami tylko kilka tysięcznych prc. tej ilości. *L. Bier.*

Butjagin. **O chemicznych zmianach w mięsie pod wpływem pleśnienia.** (*Arch. f. Hygiene* T. 52, str. 1). Do doświadczeń swych używał B. mięsa, wyjałowionego zapomocą pary, zakażając je oddzielnie pleśniami *penicilium glaucum* i *aspergillus niger*. Wyniki tej pracy streścić się dadzą w następujących zdaniach: Rozwój powyższych pleśni na mięsie wywołuje w nim ilościową stratę suchej substancyi, zmniejsza ogólną ilość azotu, zwiększa natomiast wybitnie bezwzględną i odsetkową ilość związków azotu, rozpuszczalnych w wodzie. Odsetek wyciągu eterowego (w mięsie wysuszonem) zmniejsza się pod wpływem rozwoju tych pleśni, natomiast ogólna ilość istot wyciągowych wzrasta wybitnie. W miarę rozwoju pleśni tworzą się kwasy lotne i wzrasta powoli ich ilość, wzrasta również alkaliczność mięsa, szczególnie zaś pod wpływem *penicilium;* — pod wpływem tej pleśni wytwarza się również więcej amoniaku i amidowych związków azotu, niż pod działaniem *aspergillus*. Pleśnie te wytwarzają prawdopodobnie w mięsie enzymy, które dalej prowadzą rozkład mięsa, gdy pleśnie już obumarły. Wytworzony przez pleśnienie kwas węglowy pochodzi nietylko z rozkładu tłuszczu, ale również z innych związków — wodzianów węgla i białka; kwas ten wytwarza się obficie, szczególnie w pierwszym miesiącu, później dopiero wydziela mięso amoniak. Na wytwarzanie tych gazów wpływa wybitniej *penicilium*, aniżeli *aspergillus*, jak wogóle pleśń pierwsza szybciej rozkłada mięso, niż druga. Wyniki pracy Butjagina obok wartości teoretycznej mają i wartość praktyczną, stwierdzając dawne twierdzenie Naegelego, że w rozkładzie ciał ludzkich w ziemi obok bakteryi biorą żywy udział i pleśnie. *L. Bier.*

## Zapiski lecznicze i nowe leki.

**Digalen** poleca Ernesto Pesci, z oddz. wewnętrznego prof. Pescarole w Turynie (*Zentr. f. inn. Med.* 1905. Nr. 44) jako środek, przewyższający inne, w szczególności naparstnicę, dający się dawkować dokładnie, nadający się przedewszystkiem do wstrzykiwań śródżylnych, co w przypadkach ciężkich i przy nieznoszeniu naparstnicy przez żołądek jest ogromnie ważne. Działanie bywa szybkie i pewne. W razie trudności przy wstrzyknięciu śródżylnem można, lecz już z mniej dobrym skutkiem, zastosować wstrzyknięcie śródmięśniowe. Dla wzmocnienia serca wystarczają 2—3 cm³. digalenu *per os*; zmniejszając stopniowo dawkę należy 4 lub 5 dnia środek odstawić. Przy wadzie niewyrównanej konieczne są wstrzykiwania śródżylne po 3—5 cm³. naraz, rano, którą to dawkę można w razie potrzeby w ciągu dnia powtórzyć, a potem zmniejszyć lub zupełnie środek odstawić, stosownie do przypadku i wyniku. *Hf.*

**Ferriprotylin** poleca F. Melli (*Gazzetta degli Osp.* 24 grud. 1905) przy niektórych chorobach dziecięcych. Do prób zachęciły go badania w klinikach Kochera, Leydena i in. Środek ten łączy w sobie własności fosforu i żelaza. M. opisuje 3 przypadki wysiękowego zapalenia opłucnej, w których przy podawaniu ferriprotyliny po 2 gr. dziennie uzyskał szybką poprawę stanu ogólnego i przybytek średni 5¼ kg. wagi po 5 miesiącach, a 3 kg. po 8 tygodniach. Podobnie w przypadku zołzów podniosła się waga ciała przy podawaniu 3 łyżeczek kawowych dziennie, w ciągu 12 dni o 540 gr. Z równie dobrym wynikiem leczył M. również przypadek gruźliczego zapalenia otrzewnej. *Hf.*

**Thiocol** uważa Rey z Akwisgranu (*22 posiedzenie stowarzyszenia dolnoreńsko-westfalskiego lekarzy chorób dziecięcych*, 6 sierp. 1905) za najlepszy środek przeciw krztuścowi. Doświadczenie swe pierwsze opiera na epidemii krztuśca w roku 1902, od którego to czasu dotąd stale tiokolu używa i kolegom gorąco poleca. Po 3—4 tygodniach zawsze następuje wyleczenie. Podaje 5 razy dziennie po 0·25—0·5 tiocolu w syrupie. Przykrego działania ubocznego nigdy nie spostrzegł. Drehor potwierdza w zupełności zapatrywania Reya na podstawie własnych spostrzeżeń. (*Monatschr für Kinderh.* 1905, Nr. 8 i *Centralbl. für Kinderh.* 1905 Nr. 11) *Hf*

**Natrium lygosinatum** poleca J. Heufeld (*Oesterr. Aerzte-Zeit.* III. Nr. 2) w leczeniu trypra u kobiet. W tym samym celu polecali już środek ten Fabinyi, Paradi i Ferrua, zawsze z dobrym skutkiem. H. używa w przypadkach, ograniczonych do szyi macicy, 1—3 prc. rozczynu do przestrzykiwań pochwy i następnie 3—5 prc. rozczynu do przyżegania szyi. W ostrym tryprze macicy i przewlekłem schorzeniu całej jamy macicznej wstrzykiwał, po przestrzykaniu pochwy, 1 ctm.³ 5 prc. rozczynu do jamy macicznej i wprowadzał zbity tampon. Leczenie takie powtarza co 1—3 dni. Całe leczenie zajmuje 15—20 posiedzeń. Ogółem leczył H. 36 przyp. Przetwór zasługuje na pierwszeństwo przed innymi z powodu własności bakteryobójczych, obok braku własności drażniących. *Zm.*

**Validol** poleca Perdigao (*A Medicina Contemporanea*, 15. I 1905) jako *sedativum*, przewyższające brom, — w szczególności jako środek przeciw chorobie morskiej. Tego samego zdania jest Wechsler (*Wiener klin. Runds.* 1906, Nr. 6). *Zm*

**Salochininę** poleca Manasse (*Die Heilkunde* 1905, Z. 12) Zastępuje ona chininę, a nie posiada jej wad. Wskazania, jak przy chininie i salicylu. Na szczególną uwagę zasługuje działanie uśmierzające ból w nerwobolach, rwie kulszowej, gośćcu i grypie. Objawów ubocznych nie spostrzegano. Dawka 0·5 g. 3—4 razy dziennie. *Zm.*

**Euchinina,** jako środek przeciwgorączkowy, oddała Schweitzerowi (*Pest. med. chir. Presse* 1906, Nr. 3) znakomite usługi podczas epidemii duru we Fiume. W 63 przypadkach uzyskał doskonałe wyniki, podając średnio 3 g. dziennie. Środek ten nie sprowadza niemiłych, a innym podobnym środkom właściwych, objawów ubocznych. *Zm.*

**Formicynę** poleca K. Bartholdy (*Dent. med. Wochs.* 1905, Nr. 40), jako nowy **środek przeciwgnilny** i odkażający. Jest to formaldehyd-acetamid, wyrabiany przez firmę Kalle et Co. w Biebrich; przedstawia się jako płyn gęsty, żółtawy, o woni lekko kwaskowatej, rozpuszczalny w wodzie i wyskoku w stosunku dowolnym. Rozkłada się łatwo, uwalniając formaldehyd; szczególnie szybko wśród gotowania, powoli zaś przy ciepłocie krwi. Środek ten poleca autor w miejsce mieszanki jodoformowej przy cierpieniach stawów i części miękkich (83 przyp.). Jako rozczyn 1—2 prc. nadaje się formicyna doskonale do odkażenia i odwonienia zakażonych jam i powierzchni, n. p. do przepłukiwań pęcherza i t. p. Rozczyn 5 prc., zastępujący mieszankę jodoformową, ma tę nad nią wyższość, że grube igły są zbyteczne. Wstrzykiwania są bezbolesne. Narzędzia nie niszczą się. *Kl.*

**Alypinę** poleca, jako środek **znieczulający** oko, Ohm (*Zeitschr. für Ther. u. Hyg. des Auges* 1905, Nr. 6). W 3 prc. rozczynie używano alypiny w 500 przyp. wydobycia ciała obcego z oka. Przy operacyach zeza wstrzykiwano 2½ przedziałki Pravaza 20 prc. rozczynu (=0·59 gr.) pod spojówkę. Do wycięcia tęczówki i wyjęcia soczewki posługiwano się kilkakrotnem wkropleniem 3 prc. rozczynu lub wstrzyknięciem 20 prc. Podobnie uciekano się do tego środka przy operacyach na powiekach i i. Wynik zawsze zupełnie dobry, znieczulenie zupełne; brak objawów ogólnych nawet przy dawce, przewyższającej dwukrotnie najwyższą dawkę kokainy. Dobre wyniki przy operacyach ocznych miał również Lohnstein (*Allg. mediz. Centr.-Zeit.* 1905, Nr. 47). Lucke używał alypiny do **znieczulenia miejscowego pęcherza i cewki moczowej** (*Monatschr. für Harnkrank. und sex. Hyg.* 1905, Z. 10). Wstrzyknąwszy 1 ctm.³ wyciągu nadnercza na 100—150 gr. wody, wprowadza L. po 8 minutach 3 ctm.³ 10 prc. alypiny. Uzyskuje się przytem znieczulenie, dorównujące kokainie, bez obawy zatrucia lub wpływów ubocznych. M. Joseph i J. Kraus zachwalają również alypinę przy leczeniu ostrego wiewióra do przepłukiwań przedniej części cewki 10 ctm.³ 1—2 prc. rozczynu przed wstrzykiwaniam Janeta. W 15 przyp. uzyskiwano stale doskonałe znieczulenie. Do

znieczulenia tylnej części cewki używano kilkakrotnie rozczynu 4 prc., zwykle zaś wystarczał 2 prc. (20 przyp.). W 22 przyp. zwężeń cewki używano przy zgłębnikowaniu 2 prc. rozczynu z dobrym skutkiem. Wreszcie oddała alypina dobre usługi przy małych zabiegach chirurgicznych na napletku i wargach sromnych (18 przyp.). *Lr.*

**Aristochinę** stosował Floquet (*Thèse*, *Lyon* 1905), w 11 przyp. zimnicy i 10 przyp. krztuśca i poleca gorąco ten środek, który działa szybko tam nawet, gdzie niekiedy chinina zawodzi. Zupełny brak smaku sprawia, że przetwór ten nadaje się szczególnie w praktyce dziecięcej. *Lr.*

**Isopral** stosował F. Tauszk (*Med. Blätter* 1905, Nr. 52) głównie w ciężkich i powikłanych przypadkach gruźlicy płuc. Po godzinie zwalnia się tętno o 10—20 uderzeń i staje się pełniejszem. Przeciw bólom głowy, bezsenności, bólom towarzyszącym wiądowi rdzenia, działał isopral lepiej od morfiny. Dawka 0,5—1 gr. Wobec złego smaku wskazane jest podawanie w czopkach. *Lr.*

**Eumidrynę** (atropinmethylnitrat) poleca prof. Königshöfer (*Deut. med. Wochs.*), jako środek zastępujący atropinę, a 50 razy mniej od niej trujący. Siła działania na oko jest około 5 razy słabsza, niż atropiny, dlatego używa się rozczynów do 10 prc. *Lr.*

**Jodvasogen** polecił O. Heine w Dortmundzie pewnej chorej do wcierań z powodu zapalenia ścięgien. Silny wyprysk, który potem nastąpił, zniewolił go do ogłoszenia o drażniących własnościach tego przetworu. Okazało się jednak, jak to Heine sam potem podał, że przetwór nie był oryginalny, firmy Pearson et Co. w Hamburgu, lecz przez aptekarza sporządzony, że w nim jod się oddzielił, przez co powstała silnie zgęszczona warstwa dolna, która zadziałała drażniąco. Używanie przetworu oryginalnego wyklucza podobne zdarzenie. *Vp.*

## Parę wiadomości historycznych o źródłach w Szkle w XVIII wieku [1].

Napisał

**Władysław Szumowski.**

Słynne źródła siarczane w Szkle, które się szerokim w Rzeczypospolitej cieszyły rozgłosem i którym poświęcali nietylko uwagę lekarską, lecz i pióro autorskie znakomici lekarze polscy, jak Wojciech Oczko i Erazm Sykst, nie mogły nie zwrócić na siebie oczu pod nowym rządem po pierwszym rozbiorze Polski. Już w roku 1773 dnia 21 maja pisał naczelny lekarz Galicyi dr. Jędzej Krupiński do gubernatora Pergena, że źródła w Szkle badał i znalazł, iż mają tesame zalety *(eiusdem virtutis)*, co badeńskie pod Wiedniem. Tylko wszelkich urządzeń tam brak i same znajdują się one w najwyższem zaniedbaniu [2].

Zainteresowanie źródłami w Szkle było tak wielkie, że zapragnął próbki widzieć nawet ówczesny wiedeński profesor fizyologii i materyi medycznej Crantz, sławny między innemi z tego, że sam źródła mineralne austryackie i węgierskie popierał, osobiście liczne badał i o źródłach leczniczych cenne prace pisał. W głównem dziele Crantza »Gesundbrunnen der österreichischen Monarchie«, wydanem w Wiedniu w roku 1777, znajdujemy także opis źródeł w Szkle [3]. Oto co pisze Crantz. »Szkło jest to nędzna wieś, położona na szerokiej płaszczyźnie, pięć mil od Lwowa, w której dla gości nie ma ani jednego przyzwoitego mieszkania. Woda z tych źródeł cieszy się wielką sławą i jest używana na 12 mil wzdłuż i wszerz do kąpieli. Źródła są dwa, z których jedno może służyć do kąpieli, drugie zaś do picia. Źródło do kąpieli znajduje się mniej więcej dwanaście kroków od drogi i uderza przejezdnych swoim silnym zapachem siarki. Woda wydobywa się z pod piaszczystego pagórka z szumem, jakby się gotowała, jest zimna, mętna, czarna, nabiera przeźroczystości dopiero, gdy sól opadnie«. Na podstawie badania chemicznego dochodzi autor do wniosku, że w wodzie tej znajduje się lotny duch siarkowy (dünstiger Schwefelgeist), ziemia żelazna (Eisenerde), ziemia wapienna (Kalkerde), spora ilość soli selenitowej (selenit, dzisiejszy gips), trochę mniej soli gorzkiej. Woda ta jest bardzo dobra w »paraliżach«, w chorobach »reumatycznych i podagrycznych«, w »puchlinach wodnych«, w złośliwych wrzodach, w świerzbie.

»Drugie źródło, do picia, wydobywa się w oddaleniu 50 kroków od pierwszego w bagnistem miejscu, jest bardzo obfite i utworzyło maleński strumyk, na brzegu którego można obficie zbierać siarkę, którą woda ze sobą niesie. Badanie tej wody wykryło te same składniki, co i pierwszej, pożytek jej jest ten sam, ponieważ jednak to źródło jest bardzo przeźroczyste, służy przeto głównie do picia«.

Żeby zrozumieć powyższe poglądy, musimy krótko przypomnieć stan balneologii w XVIII wieku. Na znaczenie źródeł leczniczych zwrócił baczniejszą uwagę na początku XVIII stulecia słynny lekarz i profesor w Hali Fryderyk Hoffmann (1660—1742), który upatrywał w wodach mineralnych połączenie w jednym leku licznych własności leczniczych, jakie mają oddzielnie różne lekarstwa. Oto co mówi halski profesor: »Powszechnem mniemaniem jest, że zaleta leków polega na poprawianiu ilości krwi, limfy i wszystkich innych humorów, w ich skład wchodzących, dalej na łagodzeniu humorów ostrych i słonych lub zapalonej żółci, na rozpuszczaniu zamuleń klejowatych i gęstych, na otwieraniu zatkanych gruczołów, oraz na usuwaniu wszystkiego, co zbyteczne i szkodliwe, różnemi drogami, jak przez stolce, mocz, pot, plwocinę i t. p. Zapomocą leków też przywraca się należytą elastyczność nerwom, rozwalniając ich kurcze i uśmierzając bóle. A tym sposobem tworzy się przyzwoitą równowagę części stałych i płynnych, która dopiero pozwala na swobodne i doskonałe krążenie wszystkich soków w ciele. Wymienione zalety różnych leków, znajdujące się osobno w tym lub owym środku, są tutaj razem połączone w wodach mineralnych [4]«.

W patologii więc humoralnej i terapii Hoffmanna celem leczenia wodą mineralną było doprowadzenie do porządku soków i przywrócenie im swobodnego krążenia. Tesame poglądy na znaczenie wód mineralnych panowały i w starszej wiedeńskiej szkole klinicznej, której uczniem, a potem profesorem był Crantz. Dlatego też autor ten zaleca wodę szkielską [5] w »paraliżach«, które uważano za skutek »zamuleń«, w chorobach »reumatycznych, podagrycznych«, w puchlinach i wrzodach, które objaśniano »zepsuciem soków«, oraz w świerzbie, którego właściwa etyologia była jeszcze zupełnie osłonięta mrokiem patologii humoralnej.

Rozbiory chemiczne wód mineralnych robiono; nawet chemik Robert Boyle, twórca analizy jakościowej wód mineralnych [6], był jednym z tych, którzy Hoffmanna do balneologii zachęcili [7], ale zarówno nizki stan ówczesnej chemii, która w badaniu wód ograniczała się do kilkunastu odczynników, i która daleką była jeszcze od ścisłego rozróżniania związków chemicznych, jak też panowanie wszechwładne patologii humoralnej, która działanie wszelkich wód mineralnych sprowadzała do działania na soki, sprawiały, że na rozbiór chemiczny wody nie było potrzeby zwracać baczniejszej uwagi. Rozprawiano wprawdzie o znaczeniu żelaza w wodzie, o »duchu mineralnym« ($CO_2$), ale to na istotę poglądu, na sposób stosowania wody niewiele wpływało. Nie czyniono też żadnej istotniejszej różnicy między kąpielą w wodzie, a piciem wody i zarówno kąpano się w wodach żelaznych, jak pito wody siarczane.

Opierając się na poglądach ówczesnej medycyny, która tak, jak Hoffmann, widziała w źródłach leczniczych środek nieledwie uniwersalny, rząd austryacki otaczał je u siebie troskliwą opieką. Po zajęciu Galicyi, rzecz oczywista, słynne zdawna wody szkielskie nie zostały pominięte. Można było i trzeba było otoczyć je opieką, która zdrowotność kraju podniesie, a skarbowi dochodu przysporzy. Tym sposobem źródła szkielskie przechodziły na własność skarbu i znalazły się w zarządzie jaworowskiego dominium skarbowego (Cameral-Herrschaft Jaworow). Kilka ciekawych wiadomości z dziejów Szkła zawiera szczupły fascykuł aktów sanitarnych, jaki się z pierwszych lat rządów austryackich w Galicyi w archiwum Namiestnictwa zachował [8]. Z aktów tych czerpiemy następujące szczegóły.

---

[1]) Urywek.

[2]) Sprawozd. Krupińskiego z 21. V. 1773 do gubernatora Pergena (Minist. Ośw. acta Collegii medici leopoliensis).

[3]) Pod Nr. 507 i 508.

[4]) Hoffmann Frideric. Analyse parfaite des eaux de la Fontaine du Bas Selter Nancy 1758, str. 4—5 (Biblioteka Ossolińskich).

[5]) Szkło-Szkielski analogicznie do Nakło-Nakielski, Horodło-Horodelski.

[6]) Hoefer. Histoire de la physique et de la chimie 1872, str. 416.

[7]) Haeser. Historya medycyny. T. II, tłom. polsk. str 468.

[8]) Fasc. IV rok 1781—1782. Korzystałem z następujących aktów: 1) Sprawozdanie administracyi domen do gubernium z 10. II. 1781. Nr. 3199. 2) Spraw. gub. do izby skarbowej nadwornej z 25. V. 1781. Nr. 3198. 3) Najwyższa decyzya z 3 IX. 1781 Nr. 5246. 4) Spraw. gub. do izby skarbu nadw. z 25. I. 1782, Nr. 695. 5) Najwyż. dec z 15. V. 1782. Nr. 2152.

Ponieważ ze źródeł szkielskich wkrótce po zajęciu Galicyi poczęło korzystać wojsko, przeto została zawartą między gubernium, a główną komendą wojskową umowa, na mocy której za wodę i jej grzanie przypadała skarbowi dziennie od osoby należytość 1 centa. Prócz tego przychodziły do Szkła i cywilne osoby, od których dominium brało większą opłatę, co w roku 1780 przyniosło skarbowi na czysto 37 guldenów 55 centów dochodu. W tym samym roku zjawił się do dominium oberżysta, niejaki Józef Stromer, ofiarując się wodę szkielską wziąć w dzierżawę. Ponieważ dochody skarbu ze Szkła były tak małe, dyrekcya jaworowskiej ekonomii na to się godzi z tem wszakże zastrzeżeniem, że Stromer więcej za dzierżawę zapłaci, niż te dochody wynosiły, przyczem stawia mu następujące warunki: wojsko do Stromera nie należy, pozostając i nadal pod opieką dominium, natomiast wszystkich gości cywilnych do niego się będzie odsyłało; za wannę ciepłej wody, którą grzeje własnem drzewem, ma Stromer brać od chrześcian 5 centów, od żydów 7½ centa, od rękodzielników tylko 1½ centa; jeśliby zaś który z gości chciał swojem drzewem wodę grzać, to należy się dzierżawcy 2½ centa za beczkę wody; umowa dzierżawna trwa tylko tak długo, póki nie stanie w Szkle przyzwoity cywilny dom kąpielowy.

Po długich targach zgodził się Stromer na roczny czynsz dzierżawny 100 guldenów. W sprawie całej dzierżawy pisze dyrekcya jaworowskiej ekonomii w końcu roku 1780 i na początku 1781 sprawozdania do administracyi domen we Lwowie. Sądzi dyrekcya, że umowa dzierżawna jest dla skarbu bardzo korzystna, że możnaby Stromerowi jeszcze pozwolić na wystawienie własnym kosztem dwóch lub trzech pokoi i nawet dać mu do budowli po cenie kosztu produkcyi materyał rządowy, gdyż i tak w każdym razie po rozwiązaniu umowy w chwili, gdy dom cywilny stanie, budowla ta przejdzie na własność dominium; wreszcie możnaby bez wielkich wydatków ze strony dominium przy pomocy robocizny wybudować dzierżawcy piwnicę na 4 lub 5 beczek piwa. Ma dyrekcya tylko jedną wątpliwość, mianowicie nie wie, czy szkielski żyd karczmarz, który dzierżawi karczmę od dominium, nie będzie żądał jakiegoś wynagrodzenia, gdy Stromer zacznie dominialne piwo i wódkę gościom sprzedawać. Rządowa administracya domen dnia 10 lutego 1781 roku prosi gubernium o zatwierdzenie tej umowy, zaznaczając, że tym sposobem zyski skarbu się powiększą, czynsz bowiem dzierżawny jest wyższy od poprzednich dochodów skarbu, a prócz tego, »co ważniejsza, sprzedaż piwa (hauptsächlich des Bier-Verschleisses wegen) się zwiększy«. Cała sprawa, uzasadniana zawsze tak, jakeśmy ją przedstawili, przeszła przez wszystkie instancye administracyjne i doszła do ostatecznego zatwierdzenia do rąk cesarza Józefa II, który też to dnia 3 września 1781 roku uczynił.

Jednocześnie zaś i równolegle rozwijała się druga sprawa, mianowicie sprawa budowy w Szkle rządowego domu dla osób cywilnych. Wygotowano odpowiednie plany i kosztorysy, według których dom miał kosztować 8000 guldenów. Ale tak znacznej sumy nie chciał Józef II zatwierdzić i zapytuje gubernium, jakich dochodów w razie wystawienia domu spodziewać się można i w jaki sposób wogóle skarb za te koszta ma być odszkodowanym. Dnia 26 stycznia 1782 roku odpowiada na to gubernium: »Obecny dzierżawca i gospodarz kąpielowy Stromer, gdy mu plany przedstawiono, oświadczył, iż po wystawieniu tego domu kąpielowego i gospody (Bad- und Wirthshauses) gotów jest płacić 300 guldenów dzierżawy, ale administracya domen sądzi, że, gdy budynek się ukończy, dzierżawę jego można będzie wystawić na publiczną licytacyę, przez co stanie więcej współzawodników; przypuszcza też administracya, że nawet odrazu zjawi się ktoś, mający chęć na dzierżawę, i wyższą sumę, niż Stromer, ofiaruje«. Gubernium oświadcza się za przyjęciem sumy 8000 guldenów za wystawieniem domu. »Zważywszy, — mówi — że szkielska woda lecznicza według opinii wojska już różnym chorym ludziom przywróciła zdrowie, że woda ta podług badania lwowskiego kolegium lekarskiego posiada własności, które w niektórych chorobach niepospolitą siłę leczniczą zapowiadają; zważywszy, że ta woda cieszy się tutaj dobrą sławą, zważywszy dalej rzecz stwierdzoną, iż do tej pory tylko tacy goście tutaj się pokazywali, których do tego zmuszała ostatnia konieczność i którzy byli dość zamożni, żeby módz sobie niektóre najkonieczniejsze wygody zapewnić; zważywszy wreszcie, że z wszelką pewnością, skoro tylko odpowiednie wygody dla gości będą przygotowane, będą tu goście często przyjeżdżali, zważywszy to wszystko, sądzi gubernium, że projektowany kosztorys może być bez wszystkiego najwyżej zatwierdzony, i to tem więcej, że z jednej strony użytek z tych kosztów ma na celu dobro ogółu, mianowicie utrzymanie zdrowia, z drugiej zaś strony i dla skarbu spodziewać się można dostatecznych korzyści z dwóch źródeł, mianowicie, zapomocą licytacyi osiągnie się większy czynsz, który użytemu kapitałowi odpowie, a skarbowym poddanym, jak i samemu dominium otworzy się nowa droga zbytu dla ich wytwórczości«.

Jednakże cesarz Józef inaczej się zapatrywał na udział skarbu w przedsiębiorstwie kąpielowem. Dnia 15 kwietnia 1782 r. zapada najwyższa decyzya, że »do budowy cywilnego domu kąpielowego w Szkle ma się skarb nie mięszać i nią się nie zajmować, lecz już teraz może być rzecz załatwiona *licitando;* towarzystwo jakieś już się znajdzie, które wystawienie domu w Szkle na siebie weźmie dla spekulacyi«.

Dalej akta się urywają i wiadomości więcej o szkielskim domu kąpielowym nie mamy. W każdym razie dom ten, który wkrótce musiał stanąć, można uważać za praojca do dziś tam stojących zakładów.

Źródłom szkielskim przypisywał rząd tak wielkie znaczenie, że pragnął wydać nawet popularny ich opis i ten w kraju rozpowszechnić. Napisanie broszurki wziął na siebie sam przedstawiciel opieki rządowej, Dr. Jędrzej Krupiński, protomedyk, który na początku roku 1783 opis już przygotował. Jednakże losy inaczej tą sprawą miały pokierować. Rękopis poszedł do Wiednia do zatwierdzenia, gdy Krupiński tymczasem 27 kwietnia tego samego roku niespodziewanie umarł. Dnia 24 listopada 1783 roku nadeszła z Wiednia wiadomość, że opis szkielskich źródeł, dokonany przez zmarłego protomedyka, jest bardzo dobry zarówno w częściach praktycznych, jak i teoretycznych, i może przynieść duży pożytek, choć dla publiczności jest zbyt obszerny (zu weitläufig). Ponieważ autor zmarł, sądzi rząd centralny, że mógłby jego następca, protomedyk Mac-Hugh rzecz całą bardzo łatwo skrócić[9]). Istotnie Mac-Hugh do rzeczy się zabiera i 21 lutego 1785 roku zawiadamia gubernium, że opis źródeł szkielskich jest już skrócony i gotów do druku[10]). Na to gubernium wyznacza nawet protomedykowi człowieka, by rękopis na czysto przepisał[11]), ale na tem wszystko się kończy. Mac-Hugh wkrótce umiera i rząd gotowego opisu nie wydaje. Niema o nim dalszych wiadomości w protokóle gubernialnym, nie zna go też wcale bibliografia Estreichera. Po śmierci Krupińskiego powstał prąd, który zniszczył i inne pożyteczne wydawnictwa.

Na zakończenie niech mi wolno będzie p. Radcy Dworu Drowi Józefowi Merunowiczowi za łaskawe poparcie w poszukiwaniach archiwalnych, jak i za miejsce, które mi do nich w swojem biurze ofiarował, złożyć gorące podziękowanie.

## Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie krakowskie.

#### Posiedzenie w dniu 14 marca 1906 r.

Obecnych członków 41. Przewodniczy kol. doc. Rutkowski.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

II. Kol. prof. Ciechanowski omawia i przedstawia okazy anatomiczne i preparaty histologiczne z przypadku **raka płuca,** przedstawionego przez kol. Latkowskiego na posiedzeniu dnia 28 lutego, a kol. Latkowski okazuje röntgenogramy z tegoż przypadku.

III. Kol. prof. Rosner przedstawia: *a*) chorą, u której przed trzema tygodniami wykonał **pubiotomię** sposobem Döderleina, a która obecnie opuszcza uleczona szpital; *b*) chorą, u której wykonano w czasie porodu z powodu ścieśnienia miednicy kleszcze nizkie, poczem po porodzie pojawiły się objawy **rozluźnienia stawów miednicy** (znamienny chód kaczkowaty, bole i ruchomość w spojeniu łonowem i w stawie krzyżowobiodrowym).

IV. Kol. doc. Krzyształowicz wykłada: »Stosunek rozwoju krętka bladego do okresów kiły«. (Rzecz przeznaczona do druku).

---

9) Fasc. IV. 1783 Nr. 16.269.
10) Protokół gubernialny 1785, Nr. 5093.
11) Sanitäts-Elenchus Nr. 653 (1785, Nr. 5093).

W dyskusyi zabierają głos: kol. prof. Reiss, podnosząc doniosłość badań prelegenta, kol. prym. Borzęcki zapytując, jak się przedstawiają wyniki badań w kile bez wysypki (*syphilis sine exanthemate*), kol. Rydel, zapytując, czy i w jakich narządach dostrzedz można krętki w przypadkach t. zw. *meta-* i *parasyphilis*, wreszcie kol. Gertler, przeprowadzając analogię między rozwojem pasorzytów zimnicy, a krętka bladego.

Sekretarz: *Wilczyński.*

## Towarzystwo lekarskie warszawskie.

### Posiedzenie kliniczne dnia 16 stycznia 1906 r.

1) W. Wesołowski przedstawił **pierwotne stwardnienie kiłowe na wardze**, powstałe po *coitus praeternaturalis* u 20-letniego chorego, który bezpośrednio potem spółkując prawidłowo, na prąciu zmian nie dostał.

2) Gabszewicz przedstawił okaz **zwapnienia całej opłucnej** u 50-letniego mężczyzny, u którego stan ten stwierdzono poprzednio przy resekcyi żeber.

3) Karwacki mówił **o ujednostajnieniu hodowli prątków gruźliczych.** Ujednostajnienie to osiągnął K. zapomocą własnego pomysłu pożywek: 10 prc. odwaru ziemniaczanego i 25 prc. rozczynu surowicy (cielęcej lub ludzkiej), obu z dodatkiem 4 prc. gliceryny, na które przeszczepiwszy uszko hodowli agarowej, codziennie hodowlę mocno potrząsał. Hodowle ujednostajnione pozostają potem jednostajne i po przeszczepieniu na zwykły bulion glicerynowy.

### Posiedzenie kliniczne dnia 4 lutego 1906 r.

Jaworski odczytał rzecz p. t. **„Statystyka raka macicy“.** Podawszy statystykę raka wogóle i raka różnych narządów w wielkich miastach europejskich i amerykańskich, przedstawił J. statystykę śmiertelności na raka w Warszawie, zestawioną przez siebie z danych wydziału statystycznego i archiwum m. Warszawy. Autor wysnuł następujące wnioski: 1) chorobowość i śmiertelność na raka stopniowo i stale się zwiększa; 2) śmiertelność na raka wzrasta znaczniej, niżby to odpowiadało przyrostowi ludności; 3) kobiety zapadają na raka częściej od mężczyzn; 4) podstawą tej przewagi kobiet jest niezmierna częstość raka narządów rodnych niewieścich, chociaż rak we wszystkich innych narządach częstszy jest u mężczyzn, niż u kobiet; 5) na raka choruje obecnie średnio więcej ludzi młodszych, niż dawniej; 6) rak macicy jest o wiele rzadszy w Warszawie u żydówek, niż u chrześcianek, a jeszcze rzadszy rak sutka. W ostatniem 20-leciu zmarło na raka w Warszawie 3422 m., 4859 k., w tem na raka macicy 1616. Przed r. 1901 umierało w Warszawie na raka 2·62 prc. wszystkich zmarłych, w roku 1902 — 3,97 prc., w 1903 — 3,33 prc., w 1904 — 3,01 prc. Gdy według statystyk zagranicznych nadaje się do doszczętnej operacyi raka macicy 28·7 prc., to według statystyki Jaworskiego z lat 10 — tylko 20 prc., a wyzdrowienie zupełne następuje w 11·8 prc. przypadków zgłaszających się o poradę. Przyczyną tak niepomyślnych wyników jest zbyt późne zgłaszanie się chorych, będące znów skutkiem braku odpowiednich wiadomości u lekarzy i akuszerek, jakoteż nieświadomości samych chorych i niechęci do operacyi. Dla zwalczania złego utworzył się z inicyatywy prelegenta komitet w łonie Towarzystwa higienicznego warszawskiego.

### Posiedzenie kliniczne dnia 6 marca 1906 r.

1) Karwacki przedstawił preparat z wypociny otrzewnej w przypadku gruźliczego zapalenia otrzewnej u dziecka, zawierający limfocyty i prątki gruźlicze. Dla **wykrycia prątków gruźliczych w płynach surowiczych** Karwacki radzi kłócić płyny, świeżo wypuszczone, w naczyniu ze szklanemi perłami w ciągu 2—4 godzin. W ten sposób prątki nie są zabierane przez skrzep. Osad po centryfugowaniu wymywa K. fizyologicznym rozczynem soli, centryfuguje po raz drugi. Preparat utrwala przez 10 minut w mieszaninie sublimatu (17,5 prc.) i kwasu octowego (5 prc.) i barwi w sposób zwykły.

2) Neugebauer Fr. przedstawia 20-letnią chorą o rażącej **bezkrwistości**, powstałej **wskutek wynicowania macicy przy porodzie.** Wynicowanie powstało wskutek gwałtownego pociągania za pępowinę przy usiłowaniu wydobycia łożyska przez akuszerkę. Wynicowanie odprowadzono zapomocą metody hydrostatycznego ucisku. Neugebauer na bardzo bogaty swój materyał kliniczny (od 1884—1906), bo dochodzący do 52,000 chorych, dopiero piąty raz spostrzega wynicowanie pochodzenia porodowego.

3) Wretowski Tadeusz wygłosił rzecz pod tyt. **„Seroterapia gruźlicy“.** Po wyjaśnieniu różnicy, jaka zachodzi pomiędzy czynnem i biernem uodpornieniem ustrojów, prelegent nakreślił zarys rozwoju seroterapii gruźlicy. Początek tych badań odnieść należy do r. 1890, kiedy rozpoczęto stosować surowicę zwierząt, którym przypisywano wrodzoną odporność przeciwko gruźlicy. Próby te zawiodły całkowicie. Z kolei próbowano czystej surowicy, jak mniemano, antytoksycznej ze zwierząt, uprzednio prątkami gruźliczymi szczepionych, stosowano dalej tuberkulinę i nowotuberkulinę Kocha; wyniki prób były zawsze ujemne. Najnowszą zdobyczą w seroterapii gruźlicy są surowice Maragliano i Marmorka. Surowica Maragliano, jak wskazują pewne statystyki, daje mały odsetek wyleczeń i poprawy. Karwacki uważa tę surowicę za bakteryobójczą, a nie antytoksyczną. Według wszelkiego prawdopodobieństwa działanie surowicy Marmorka polega na tej samej bakteryobójczej sile. Dotychczasowe badania pozwalają przypuszczać, że w leczeniu gruźlicy przyszłość należy do szczepionek, a surowice mogą odegrać tutaj tylko rolę pośrednią w kierunku uodpornienia czynnego.

W dyskusyi wskutek różnych zarzutów, stawianych wszelkim przeciwgruźliczym surowicom, Karwacki dokładniej to zjawisko objaśnia. Ujemną stronę surowic przeciwgruźliczych stanowią ich cechy bakteryolityczne, co ścieśnia ich wskazanie, przyśpieszają bowiem one tym sposobem tempo zatrucia. Surowicy antytoksycznej przeciwgruźliczej dotąd niema, zarówno jak wielu innych surowic przeciwpasorzytnych. Jak dotąd bakteryologia nie rozwiązała zagadnienia leczenia swoistego zapomocą surowic bez szkody dla ustroju, — prócz błonicy i tężca.

*Ign. L.*

## Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Tow. dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

### Posiedzenie w dniu 25—X (7—XI) 1905 r.

Obecnych członków 27, gości 2.

I. Po zatwierdzeniu protokołów z 2 poprzednich posiedzeń dr Strawiński zawiadamia, że dr Zenon Orłowski odłożył swój zapowiedziany wykład.

II. Prezes dr Strawiński, przypomniawszy zebraniu zawiązanie się Koła »Opieki lekarskiej«, jego dążenia, cele i przyczyny jego związku z rzymsko-katolickiem Towarzystwem dobroczynności przy kościele św. Katarzyny, zaznacza, że w obecnym czasie Koło na mocy manifestu od 17/X ma prawo stworzyć samoistne Towarzystwo; zupełnemu odłączeniu się od Tow. Dobr. stoi jednak na przeszkodzie sprawa szpitala, pod którego budowę Tow. Dobr. ustąpiło »Opiece lekarskiej«, jako swej filii, plac wartości 60 tysięcy rs. Chcąc zachować ten datek, komitet Koła na ostatniem posiedzeniu uchwalił przedstawić ogólnemu zebraniu następujący wniosek: »Dawne i zasadnicze dążenia utworzenia naukowego Stowarzyszenia lekarzy polskich w Petersburgu wobec nowego stanu rzeczy stają się możliwe; wobec tego Komitet »Op. lek.« proponuje zebraniu utworzenie samodzielnego Towarzystwa lekarzy pod nazwą »Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu«; dla zachowania zaś łączności dla względów materyalnych z Tow. Dobr. Komitet proponuje w ustawie powstającego »Związku« obwarować istnienie filii Tow. Dobr. »Op. lek.« wprowadzeniem odpowiedniego paragrafu, iż Komitet »Związku« stanowi »Op. lek.«, jako filię Tow. Dobroczynności.

Dyskusya. Prof. dr Szawłowski wyraża obawę, że wobec równouprawnienia narodowości łącznik polskości między Tow. Dobr., a Kołem może z czasem zniknąć, gdy w Tow. Dobr. zapanują prądy wyłącznie katolickie. W razie nieporozumień i starć Tow. Dobr. może, zgodnie ze swoją ustawą, obrać z pośród swoich członków filię lekarską, nie licząc się z nowem Tow. lek. Należy więc, zdaniem mowcy, utworzyć zupełnie samoistne Tow. lek. bez żadnego stosunku do Tow. Dobroczynności.

Dr Wierciński przypomina zebraniu, że Tow. Dobr. przygarnęło i dało możność istnienia Kołu, gdy ono nie mogło powstać samodzielnie. Uchwałę komitetu pozostania w związku z Tow. Dobr. jedynie ze względu na sprawę szpitala uważa za niewłaściwą ze względów etycznych i przypuszcza, że Tow. Dobr. wobec pozornej tylko łączności z nowopowstałem Tow. lek. może odebrać plac, ofiarowany pod szpital.

Prof. dr St. Zaleski wyjaśnia, że komitet Koła, rozpatrując omawianą sprawę, brał pod uwagę i względy etyczne;

zgadzając się na utworzenie filii lek., Tow. Dobr. wychodziło oczywiście z tej zasady, że w zakres jego obowiązku wchodzi dostarczanie lekarskiej pomocy ubogiej ludności; urzeczywistnić to zadanie bez Koła lek. ono nie mogło; tembardziej Tow. Dobr. będzie się liczyć z nowem Tow., jako instytucyą poważniejszą.

Prof. dr Raczyński również sądzi, że stwarzając samoistne Tow., Koło nie postępuje nieetycznie względem Tow. D., ponieważ Tow. Dobr. ma do czynienia tylko z komitetem Koła, nie zaś z całem gronem lekarskiem; komitet zaś nowego Tow. według projektu nadal będzie stanowić filię lekarską Tow. Dobr.

Doc. dr W. Orłowski: Jeśli Koło zgodzi się z wnioskiem Komitetu, powinna zajść rdzenna zmiana w stosunkach finansowych, ponieważ wszystkie wpływy pieniężne będą wtedy stanowić własność nowego Tow.; dziś zaś, jakkolwiek Tow. Dobr. nie przeszkadza nam rozporządzać kasą filii, jednak fundusz filii należy właściwie do niego i z utworzeniem nowego Tow. lek. pozostaje w Tow. Dobroczynności.

Prof. dr St. Zaleski: Należy przypuszczać, że w tej sprawie Tow. Dobr. nie zechce ściśle trzymać się ustawy, rozumiejąc dobrze, że cały fundusz jest zebrany przez Koło, i zwróci go Kołu.

Prof. dr Szawłowski zapytuje, czy Koło ze względu na szpital zdołałoby zebrać odpowiednie sumy. Po wyjaśnieniu stanu rzeczy przez prezesa dra Strawińskiego, roztrząsało kilku mowców możność uzyskania większych ofiar od osób, znanych z filantropii. Prof. dr Ziemacki radzi niezwłocznie przystąpić do zbierania składek za pośrednictwem członków Koła. Prof. Raczyński uważa zbieranie małemi sumami za drażliwe i mało korzystne.

Lekarz weterynaryi Sobolewski uważa oddzielenie się »Koła« od Tow. Dobr. za zbyteczne, tembardziej, że zachodzi jeszcze pytanie, czy rząd zezwoli na Tow. polskie.

Dr Wolański jest stanowczo za samoistnem Tow. lek. Samodzielna egzystencya nada Kołu więcej powagi w świecie naukowym i pociągnie przyrodników i wielu lekarzy, których obecnie odstręcza dość zawiły sposób istnienia filii z oficyalną ustawą i nieoficyalnym regulaminem wewnętrznym. Dla samego Towarzystwa Dobr., mającego na względzie tylko cele dobroczynne, jest pożądane, żeby naukowe Tow., któremu ono dawało przytułek, oddzieliło się. Dla zachowania zaś łączności z Tow. Dobr. można przyjąć sposób, projektowany przez komitet lub ten, z którym mowca występował w komitecie, mianowicie, Tow. lek. wybiera zarząd z kilku członków i osobno komitet z 10 członków, ten komitet stanowi filię lek. Tow. Dobr. i łączy w ten sposób obydwa Towarzystwa.

Doc. dr Witold Orłowski, obstając stanowczo za utworzeniem samoistnego Tow., zwraca uwagę zebrania na ważną różnicę projektu komitetu od wniosku dra Wolańskiego. Mówca wystąpił w komitecie z projektem jednego wspólnego komitetu w nowem Tow. i w filii lek. Tow. Dobr., a to w tym celu, żeby zachować łączność z Tow. Dobr., której zniesienie może spowodować dla koła wielki uszczerbek materyalny, i uniknąć możliwych kolizyi między projektowanym przez dra Wolańskiego zarządem nowego Tow., a filią lek., co może pociągnąć następnie starcie »Zw. lek.« z Tow. Dobroczynności.

Prof. dr Ziemacki i dr Zakrzewski przyłączają się do wniosku dra Wolańskiego. Dr Zakrzewski proponuje wejść z Tow. Dobr. w układy dla nadania nowemu Tow. lek. prawa obierania filii lek. Tow. Dobr. Prof. Szawłowski, dr Wolański i dr Strawiński są zdania, że żadne Tow. nie może zezwolić, żeby w jego sprawach brały udział inne Towarzystwa. Dr Hattowski proponuje, żeby nowe Tow. jako jednostka prawna weszło w skład Tow. Dobr., co zabezpieczyłoby mu wpływ w Towarzystwie Dobr. Prof. Szawłowski zwraca uwagę, że ze wszystkich Tow. prawo przedstawiania jednostki prawnej ma tylko jedno Tow. »Towarzystwo wzajemnej pomocy lekarskiej«, co potwierdza Prof. Zaleski. Dr Strawiński wyjaśnia, że każde Tow. może występować jako jednostka prawna w zakresie praw, oznaczonych w ustawie. Dr Piotrowicz radzi wejść wprost w układy z Tow. Dobr. w sprawie placu pod szpital. Dr Strawiński wyjaśnia, że Tow. Dobr. nie może według ustawy ani oddzielić części swego majątku na rzecz innego Tow., ani sprzedać go. Dr K. Kozłowski zaznacza, że skoro szpital będzie stać na cudzej ziemi, to ją mogą Kołu odebrać w każdej chwili. Dr Strawiński zapewnia, że to jest niemożliwem, jeśli koło zostaje w związku z Tow. Dobr., ponieważ szpitalem będzie rozporządzać filia lekarska. Prof. St. Zaleski sądzi, że w ustawie nowego Tow. można wprowadzić paragraf, że Tow. ma prawo urządzać lecznice, ambulatorya i inne zakłady lecznicze samoistnie, ale także wchodzić w ugodę z Tow. Dobr. Dr Strawiński oświadcza, że i w tych warunkach Tow. lek. nie będzie gospodarzem szpitala i innych urządzeń leczniczych, jak to będzie miało miejsce, jeśli pozostanie przez komitet w łączności z Tow. Dobr.

Prof. dr Ziemacki: Z rozpraw wyjaśnia się, że zebranie odróżnia dwie sprawy, mianowicie, czynności naukowe i czynność praktyczną niesienia pomocy ubogiej ludności. Odpowiednio do tego można w nowym »Związku« utworzyć oddzielnie od zarządu naukowego wydział praktyczny, który będzie łącznikiem »Związku« z Towarzystwem Dobr. Jeżeliby Tow. Dobr. nie zatwierdziło któregokolwiek z członków tego wydziału, Związek może go zastąpić innym członkiem. Zrywać zaś z Tow. Dobr. nie należy, ponieważ Tow. Dobr. jako instytucya już znana i rozwijająca się może być pomocą Związkowi nietylko w sprawie szpitala.

Dr Zakrzewski jest stanowczo przeciwko takiej zależności. Wszystkie zakłady lecznicze powinny zależeć tylko od »Związku«, inaczej nie można będzie uniknąć nieporozumień między »Związkiem« a Tow. Dobr., których przykład stanowią starcia szpitali miejskich z radą miasta. Należy zawrzeć z Tow. Dobr. taki n. p. układ: »Związek« jest niezależnym gospodarzem w szpitalu, a Tow. otrzymuje w zamian za plac bezpłatnie kilka łóżek dla swojej klienteli. Do tegoż zdania przyłącza się dr Podhorecki i dr Uliński. Dr Wolański: Notaryalnego dokumentu na plac Tow. Dobr. nigdy nikomu dać nie może, więc szpital do »Związku« należeć nie będzie; w razie sporów może Tow. Dobr. samodzielnie zamianować naczelnego lekarza, nie licząc się ze »Związkiem«. Dr Strawiński odpowiada, że w razie zachowania łączności z Tow. Dobr w sposób, projektowany przez komitet, to jest niemożliwe, ponieważ Tow. Dobr. nie wtrąca się w sprawy swych filii, pozostawiając im zupełną samodzielność.

Doc. dr W. Orłowski. Rozprawy wyjaśniły dostatecznie poglądy zebrania na poruszoną przez komitet sprawę. Nim zebranie poweźmie ostateczną uchwałę, należałoby jeszcze rozpatrzeć sprawę utworzenia samoistnego »Związku lekarzy i przyrodników«, nawet z narażeniem się na utratę placu w razie ujemnego wyniku układów z Tow. Dobroczynności.

Dr Święcicki sądzi, że utworzenie samoistnego polskiego Tow. lek. jest rzeczą niezbędną; jego powstanie nie może zależeć od rozwiązania takich spraw, jak ustąpienie lub nieustąpienie przez Tow. Dobr. placu pod szpital. Tegoż zdania są dr Karnicki i dr Zakrzewski.

Prof. dr. St. Zaleski: Rozprawy dowiodły, że jakkolwiek w obecnej chwili panuje zgoda pomiędzy filią lek. a Tow. Dobr., w przyszłości, zwłaszcza z powstaniem szpitala nie są wyłączone nieporozumienia, że dla ich usunięcia trzeba wejść w układy z Tow. Dobr., przyjmując za podstawę zupełną niezależność »Związku« w zarządzaniu szpitalem i innymi zakładami, które mogą powstać w przyszłości, do czego »Związek«, ma moralne prawo. Jeśli Tow. Dobr. odmówi temu żądaniu, może »Związek« zwrócić się do rady miasta i innych instytucyi. Należy więc rozstrzygnąć przedewszystkiem pytanie: czy należy stworzyć nowe samoistne Tow., a dopiero potem rozprawiać o szczegółach.

Zebranie uchwala jednomyślnie konieczność utworzenia niezależnego polskiego Tow. lekarskiego.

Prof. dr St. Zaleski sądzi, że teraz należy zastanowić się nad nazwą, którą ma przybrać nowe Tow.; komitet proponuje nazwę: »Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu«. Prof. Szawłowski i dr Zakrzewski proponują nazwę »Związek lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu«. Prof. dr Ziemacki tłómaczy, że nazwa, projektowana przez komitet, ma na względzie podkreślenie w nowem Tow. idei polskiej; każdy, kto uznaje tę ideę, może wstąpić do Tow. bez różnicy narodowości.

Zebranie uchwala nazwę według projektu komitetu i na wniosek dra Strawińskiego uchwala prosić prof. dra St. Zaleskiego o opracowanie projektu ustawy nowego »Związku«, na co prof. Zaleski się zgadza.

Dr Strawiński zawiadamia, że komitet zamierza w grudniu urządzić wykłady dla uczczenia pamięci Jędrzeja Śniadeckiego z powodu 100-letniej rocznicy wydania jego »Teoryi jestestw organicznych«, która przypadała w roku 1904. Zebranie uchwala zwrócić się do dra Noiszewskiego, prof. dra St. Zaleskiego i prof. Szawłowskiego z prośbą o wygłoszenie odpowiednich odczytów. Sekretarz: *Witold Orłowski.*

* * *

## Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

### Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

*Otrzymujemy następujące pismo:*

Zarząd bialskiej fabryki chemicznej »Beskid« okazał gotowość przylepiania znaczków jedno-halerzowych na fundusz dla niezaopatrzonych wdów i sierot po lekarzach — na swych wyrobach, a mianowicie na kreseptolu, septozolu, litanthrolu i viscogenie, jak również na waselinach z przymieszkami leczniczemi i bez tychże, pakowanemi w tubach.

Wydział Towarzystwa przesyła za tę gotowość Szanownemu Zarządowi publiczne podziękowanie i uprasza kolegów, by przetwory te w odnośnych przypadkach zapisywać zechcieli.

Kraków, 23 marca 1906.

Za Wydział Towarzystwa samopomocy lekarzy.

II Sekretarz: *Dr Flis.* Prezes: *Dr H. Jordan.*

**Sprawozdanie z czynności Izby lek. wiedeńskiej** za r. 1905 zwraca uwagę na to, że gdzie działalność Izby nie mogła osiągnąć zadowalniających wyników, tam wina nie leży zupełnie po stronie Izby, ale po stronie władz, i dlatego wnosi, by wezwać Namiestnictwo, by raz wreszcie załatwiło odwołania ośmiu lekarzy, którzy zostali przez Izbę ukarani za przyjęcie posad w Kasach chorych mimo zakazu Izb. Rekursy te czekają załatwienia już od roku. Wniosek ten Izba przyjęła i teraz się pokaże, jak się stosunki między Izbą a Namiestnictwem ułożą. Na mocy dotychczasowego doświadczenia śmiało można powiedzieć, że Namiestnictwo i Ministerstwo spraw wewnętrznych odnoszą się do Izby lek., jakby do instytucyi, przez którą mają przechodzić różne pisma i akta, — że tak powiemy językiem urzędniczym »różne kawałki« — od władz do lekarzy lub naodwrót. Na taką czynność jednak szkoda czasu i sił członkom Izby. Ustawa Izb lekarskich wyraźnie powiada (§ 3), że »Izby lekarskie powołane są do naradzania się nad wszystkiemi sprawami, tyczącemi się wspólnych interesów stanu lekarskiego, zadań i celów, jakoteż godności i powagi powołania lekarskiego i t. d., i do wydawania uchwał w tych sprawach«. Skoro państwo stworzyło Izby i dało im prawo do »wydawania uchwał«, to chyba wynikać z tego powinno, że władze mają się starać te uchwały wprowadzać w czyn. A tymczasem co się dzieje w życiu, nie na »cierpliwym papierze?« Jest rzeczą jasną, jak słońce, że Izby nie mają we własnym zakresie działania uchwalać czegoś, co się sprzeciwia obowiązującym ustawom, ale z drugiej strony przysługuje im niewątpliwe prawo, a nawet obowiązek starać się wszelkiemi siłami o materyalne powodzenie stanu lekarskiego. Nie powinny jednak tego czynić, jak sobie tego władze życzą, wyłącznie wydając platoniczne orzeczenia, ale muszą mieć prawo, a ustawa o Izbach z 22 grudnia 1891 roku na to zezwala, chronić lekarzy przed ruiną, którą całemu zawodowi zagrażają coraz bardziej mnożące się zarejestrowane Kasy zapomogowe i inne stowarzyszenia, wyzyskujące pracę lekarzy. Skoro żadna ustawa nie powiada, że tego rodzaju stowarzyszenia i zarejestrowane Kasy istnieć muszą, a tylko, że istnieć mogą, i skoro istnienie ich właśnie dlatego, że składając się z członków zamożnych, ustawowemu obowiązkowi ubezpieczenia nie podlegających, szkodzi bezsprzecznie całemu stanowi lekarskiemu, jest przeciwdziałanie tym Kasom najważniejszem i najdonioślejszem zadaniem Izb lekarskich. A jeżeli władze przeszkadzają Izbom spełniać ten obowiązek, to czynią z Izb instytucye bezcelowe, a z instytucyi, pozornie działających i odgrywających wobec całego stanu lekarskiego rolę władzy, a bezwładnych po za stanem lekarskim, lekarze chętnie zrezygnują. Izby takie, jak są dzisiaj, to laski tylko o jednym końcu, tylko na lekarzy — lekarze chętnie zgodzą się na te laski, ale żeby koniecznie miały dwa końce.

Uchwały Izb, zabraniające przyjmowania posady lekarzom we wspomnianych Kasach, w każdym razie nie sprzeciwiają się obowiązującym ustawom. Czują to dobrze władze, bo jakże inaczej można sobie wytłómaczyć, że już dwa lata minęły od czasu, kiedy Izby wniosły od orzeczenia Namiestnictwa odwołanie, a Ministerstwo dotąd rekursu nie załatwiło. Izba wiedeńska odwołała się od orzeczenia Namiestnictwa, że zakaz Izby, wzbraniający przyjmowania posad w Kasach chorych urzędników bankowych, przekracza kompetencyę Izby. Dlaczego Ministerstwo nie załatwia rekursu odmownie, jeśli namiestnictwo ma prawną racyę? Dlaczego i Namiestnictwo nie załatwia odwołania owych ośmiu lekarzy, ukaranych przez Izbę wiedeńską za przyjęcie posad w Kasach chorych, jeśli jest tego przekonania, że Izba postąpiła nieprawnie? Władze austryackie wiodą politykę kunktatorską, chciałyby nie narazić się Kasom i nie dotknąć Izb, chciałyby, żeby i wilk był syty i koza cała. *E. S.*

**Akcya dobroczynna Izby lek. wied.** Izba lek. wied. zamierza utworzyć instytucyę dobroczynną i zapewniła sobie w tym względzie współudział i pomoc członków Wydziału lek. wied. Instytucya ta ma służyć następującym celom: wspieranie podupadłych lekarzy; odszkodowanie lekarzy, którzy ponieśli straty w walce o dobro ogółu kolegów; użyczanie pożyczek potrzebującym kolegom; staranie się o wolne miejsca pobytu w zakładach leczniczych i miejscach kąpielowych dla chorych kolegów; budowanie przytulków dla lekarzy niezamożnych, potrzebujących opieki; popieranie i scentralizowanie sprawy ubezpieczenia lekarzy na przypadek choroby; reorganizacya i autonomia w sprawach ubezpieczenia lekarzy od nieszczęśliwych wypadków i t. z. »Haftpflicht«, oraz stworzenie wolnej akademii dla praktycznej i społecznej medycyny. *E. S.*

**Wolny wybór lekarzy w fabrycznych Kasach chorych** w Królestwie zaleca ponownie J. Zawadzki (»Kronika lekar.«, 1906, 6), krytykując zarazem ostro, a słusznie, dokonany w jednej z fabryk warszawskich wybór jednego stałego lekarza Kasy przez samych robotników. Taki bowiem sposób nie zapewnia ani stanowi lekarskiemu, ani samym robotnikom żadnej niemal korzyści w porównaniu ze stanem obecnym. Każdy robotnik powinien mieć możność zwrócić się do tego lekarza, do którego ma zaufanie, z pewnego grona lekarzy, które na leczenie chorych kasowych przystanie i o odpowiednie honorarya z Kasą się ugodzi. *R.*

**Sprawę młodzieży lekarskiej warszawskiej,** zmuszonej przerwać studya, porusza »Gazeta lekarska« (Nr. 11). Ponieważ tylko bardzo niewielu słuchaczy uniwersytetu warszawskiego posiada środki na ukończenie studyów zagranicą, przeto powinniby ordynatorzy szpitali warszawskich i prowincyonalnych przygarniać tę młodzież, która musiała pozostać w kraju, na swoje oddziały w szpitalach, by dotychczasowe studya nie poszły na marne. Kilku ordynatorów dało tu już dobry przykład. Trudność niemałą stanowi dostarczenie tej młodzieży, przeważnie niezamożnej, środków utrzymania; poruszono myśl pożyczek z funduszów, zebranych na rzecz rodzin lekarzy, powołanych na wojnę, którzy po powrocie już poczęści zwracają zasiłki, udzielone ich rodzinom. *R.*

**Organizacyę ziemskiej pomocy lekarskiej w Królestwie** omawia Wł. Biegański w Nr. 2 »Czasopisma lek«. Zdaniem jego plany, zmierzające do uprzystępnienia pomocy lekarskiej dla szerokich warstw ludności (Fiedler, Rychliński) są za kosztowne. Lepsze są plany, opierające organizacyę o szpitalnictwo i środki sanitarno-higieniczne (Łazarowicz). Roztrząsnąwszy wady organizacyi, przyjętej w ziemstwach rosyjskich (biurokratyzm, zbyt wielkie pole działania felczerów, leczenie bezpłatne w zbyt obszernym zakresie) uważa Biegański za konieczne w przyszłej organizacyi w Królestwie: leczenie ile możności szpitalne, dobre urządzenie szpitali, budowa szpitali większych (a nie drobnych); bezpłatność leczenia tylko dla zupełnie biednych; osiedlenie lekarzy, subwencyonowanych przez ziemstwo, w każdem miasteczku. N. p. w przyszłem ziemstwie piotrkowskiem (z wyłączeniem miasta Łodzi) powinny być 3 duże szpitale po 150—200 łóżek (Sosnowiec, Częstochowa, Piotrków), w każdym z nich oddział wewnętrzny, chirurgiczny i weneryczny, w jednym nadto oczny i laryngologiczny z osobnymi kierownikami i asystentami; wszędzie odpowiednie pracownie i t. d.; dalej 7 szpitali w mniejszych miastach (po 30 łóżek z 1 lekarzem), jeden szpital dla obłąkanych (100 łóżek), trzy przytułki położnicze; przy większych szpitalach szkoły dozorców chorych, przy przytułkach położniczych — szkoły położnych (babek wiejskich). Z 37 miasteczek gubernii piotrkowskiej w 21 są już lekarze; w pozostałych należy osadzić lekarzy (300—900 rbs. zapomogi od ziemstwa za dozór sanitarny i leczenie ubogich). Koszt roczny ogólny takiej organizacyi oblicza Biegański na 200,000 rbs., co przy ludności $1^1/_4$ miliona stanowi 20 kop. na głowę, a około $^1/_6$ przewidywanego budżetu ziemstwa. *R.*

**W seminaryum medycyny społecznej** w Berlinie (na temat: »Państwowe ubezpieczenie kalek w teoryi i praktyce«) uczestniczyło nadspodziewanie wiele, bo 300 osób, przeważnie lekarzy. W ćwiczeniach seminaryjnych grupami po 6—12 uczestniczyło 130 słuchaczy. Najbliższy cykl obejmie ubezpieczenie od przypadków i będzie również bezpłatny.

**Zużycie alkoholu w Niemczech.** W Niemczech zużywano w r. 1899—1903 rocznie 5,82 l. wina. 123,4 l. piwa i 8,52 l wódki na głowę ludności, czyli jeden mieszkaniec wydawał rocznie na alkohol około 47 marek, odliczywszy zaś dzieci i t. d. wypadnie na jednego dorosłego mężczyznę 157 marek. Cały wydatek na alkohol wynosił niemal 3 miliardy marek rocznie, to jest tyleż, co dług państwowy, 3 razy więcej, niż utrzymanie armii i floty, 6 razy więcej, niż roczny wydatek na ubezpieczenie robotników, a 7 razy więcej, niż wydatek na szkoły ludowe.

**Opieką nad niemowlętami** zajęli się Niemcy w tych czasach niezmiernie żywo. W każdym numerze czasopisma lekarskie niemieckie wymieniają po kilkanaście miast, zaprowadzających instytucye »Kropli mleka« lub podobne zakłady, uzdrowiska dla dzieci, uzdrowiska leśne, wyznaczających nagrody za karmienie, urządzających kursa pielęgnowania dzieci, ustanawiających lekarzy szkolnych i tworzących place do gier i zabaw.

**Międzynarodowa wystawa higieniczna** otwartą zostanie w Wiedniu 12 maja b. r. Wiadomości udziela dyrekcya wystawy w Wiedniu III. Marxergasse 13.

**Zakaz plucia w wagonach** wydało austryackie ministerstwo kolejowe pod karą od 2—200 k. lub 6 godz. do 14 dni aresztu.

**Stan epidemii w Galicyi.** Od 25 do 31 marca 1906 doniesiono o nowych przypadkach: Ospy w 6 gminach 10 chorych, a mianowicie w powiatach Brzesko (Dembno 1), Chrzanów (Chrzanów 4, Trzebinia wieś 1, Jaworzno 2, Luszowice 1), Cieszanów (Łowcza 1); duru plamistego w 23 gminach 109 chorych w powiatach: Brzeżany (Glinna 9, Brzeżany 1), Bohorodczany (Jabłonka 7), Buczacz (Dobropole 4), Czortków (Zabłotówka 3), Jaworów (Zawadów 4, Olszanica 3, Żmijowiska 3), Lwów pow. (Pikułowice 1), Nadwórna (Łanczyn 3, Zielona 6), Rawa (Ulicko zar. 5, Szczerzec 1, Kamionka woł. 7, Biała 2, Werchrata 2), Stanisławów (Stanisławów 3; zachorował posługacz szpitalny, Knihynin w. 2), Śniatyn (Tuława 5), Stryj (Pławie 6, Kalne 4), Tłumacz (Bortniki 27 w ciągu 2 tygodni, Korolówka 1). Zapalenia opon mózgowordzeniowych nagminnego przybyło w 24 gminach 54 chorych (w mieście Lwowie zachorował i zmarł po dwudniowej chorobie 48-letni dozorca domu; obdukcya zwłok i badanie bakteryologiczne stwierdziły nagminne zapalenie opon).

**Ruch ludności w Krakowie** od 18 lutego do 17 marca 1906 był według zestawień miejskiego biura sanitarnego następujący: Urodziło się dzieci żywo: 264 (chłopców 136, dziewcząt 128), nieżywo 16; zmarło osób 202 (obcych 74), a przyczyną śmierci były: niedostateczny rozwój 2, gruźlica 63 (30). zapalenie płuc 22 (8), błonica 6 (4), krztusiec 3, płonica 5 (1), odra 2, dur osutkowy 1, dur brzuszny 1 (1), cholera niemowląt 7 (1), zakażenie przyranne 3 (1), inne choroby zakaźne 3 (1), udar mózgu 6 (2), choroby serca 18 (1), nowotwory 12 (3), inne przyczyny śmierci naturalnej 44 (18), śmierć przypadkowa 2 (2), samobójstwo 1, zabójstwo 1. — W tygodniu XII (18—24 marca b. r.) urodziło się żywo 58 dzieci (27 chłopców, 31 dziewcząt), nieżywo 4 (2 2), zmarło ogółem osób 62 (obcych 18), a mianowicie 24 mężczyzn, 38 kobiet, i to z następujących przyczyn: gruźlica 15 (5), zapalenie płuc 12 (3), płonica 1 (1), odra 2, dur brzuszny 1 (1), inne choroby zakaźne 2 (2), udar mózgu 2, choroby serca i naczyń 4, nowotwory 2 (1), inne przyczyny śmierci naturalnej 21 (5).

**Choroby zakaźne we Lwowie.** Od 18 do 24 marca zgłoszono przypadków błonicy 8 (obcych 2), krztuśca 8, płonicy 9, odry 7, duru osutkowego 0 (1), duru brzusznego 5 (3). W tymże czasie zmarło z błonicy 1, z duru brzusznego 1 (1). *R.*

### Instrukcya dla lekarzy miejskich w Buczaczu, w sprawie nadzorowania szkół ludowych.

Ułożył radca ces. Dr E. Krzyżanowski, starszy lekarz miejski.

§ 1. Szkoły miejskie i szkółki prywatne w Buczaczu podlegają pod względem sanitarnym nadzorowi miejskiego biura sanitarnego, które prowadzi dokładną statystykę szkółek prywatnych.

§ 2. Lekarze miejscy winni conajmniej raz na kwartał zwiedzić szkoły i szkółki w Buczaczu i zwracać uwagę: *a)* na wygląd, położenie i objętość sal naukowych w stosunku do ilości dziatwy szkolnej; *b)* na wentylacyę, opalanie, temperaturę, światło słoneczne, czystość, na jakość, ilość, porządek i ustawienie ławek szkolnych, drzwi, — na położenie, urządzenie wentylacyi i czystość wychodków, — na jakość i ilość wody do picia przeznaczonej, — na naczynia, w których woda do picia przechowuje się, również winni zbadać place, przeznaczone do zabaw i gimnastyki; *c)* zwracać uwagę, czy podłogi bywają zapuszczane olejem przeciw kurzowi (Dustleer-Oel), który nie wysychając, nie dopuszcza, by kurz z podłogi podczas zamiatania wznosił się do góry. (Uwaga. Przed zapuszczeniem należy dobrze obmyć podłogę, wysuszyć, następnie smarować co 3 miesiące tym olejem, którego kilogram kosztuje 1 koronę. Pierwszy raz — na lichą, miękką podłogę o powierzchni n. p. 70 m. kw. wychodzi około 15 kg., drugi raz już tylko około 3 kg. Do codziennego zamiatania w ten sposób zapuszczonych podłóg należy używać odpowiednich do tego mioteł. Zamiast Dustleer-Oelu można smarować obmytą i suchą podłogę terem (mazią pogazową), ogrzanym do 40° C., rozcieńczonym terpentyną w stosunku 1 : 10. W tym wypadku musi podłoga schnąć przez 2 tygodnie. Jednorazowe wysmarowanie podłogi wystarczy na 4 miesiące); *d)* przestrzegać, aby na korytarzach i w salach szkolnych umieszczoną była odpowiednia ilość spluwaczek, napełnionych proszkiem »Antisputol«. Proszek ten składa się ze 100 części sproszkowanego torfu, 15 części siarczanu miedzi i 2 części formaliny. Albo można używać płynu 1 gm. sublimatu na 2000 gm. wody, albo czystej wody, *e)* przestrzegać, aby haki na szaragach były ponumerowane, aby każde dziecko miało swój hak do wieszania ubrania wierzchniego. Przez to przyzwyczaja się dziecko do porządku i rzecz sama jest higieniczną; *f)* przekonać się, czy wszystkim dzieciom zaszczepiono w dzieciństwie ospę ochronną; *g)* zwracać uwagę na stan zdrowotny dziatwy (wyglądanie, cera twarzy, postawa, czystość ciała i ubrania, paznokcie u rąk, czystość głowy, uszu, skarpetki, czystość nóg, chustki do nosa), na choroby ostre i przewlekłe, wycieńczenie, osłabienie wzroku, słuchu i t. p.

§ 3. Odwiedzanie sal szkolnych przez lekarzy miejskich ma się odbywać w pewnych, z góry oznaczonych dniach w asystencyi kierownika szkoły, lub tegoż zastępcy, przyczem należy baczyć, by nauka szkolna przez to nie cierpiała.

§ 4. Lekarz zapisuje po dokonanej inspekcyi swoje uwagi w dzienniku sanitarnym szkolnym, a w razie potrzeby odnosi się pisemnie do Rady szkolnej miejscowej lub okręgowej ze swojemi spostrzeżeniami.

§ 5. W razie epidemicznej choroby powinien lekarz miejski chore dzieci zbadać i uwiadomić Starostwo, które zarządzi albo zamknięcie całej szkoły, albo tylko jednej klasy, ewentualnie usunie na pewien czas te dzieci lub nauczycieli, w których domu zaraźliwa choroba wybuchła.

§ 6. Lekarze miejscy winni szczerze popierać zakładanie kolonii wakacyjnych, zbiorowych, wycieczek, zabaw i gier, urządzanych na świeżem powietrzu dla dziatwy szkolnej.

* * *

## Wiadomości bieżące.

**Kraków.** Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 4 kwietnia posiedzenie, na którem dr. Surzycki wyłożył rzecz: O artrytyzmie (dnie) i jego leczeniu. W dyskusyi przemawiali: dr. H. Hirsch, prof. Korczyński i doc. Seńkowski. Inne zapowiedziane wykłady z powodu spóźnionej pory odłożono.

— Dnia 1 kwietnia b. r. odbyło się posiedzenie polskiego komitetu dla międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Lizbonie, na którem omawiano, jakie stanowisko zająć ma komitet polski wobec projektu utworzenia stałego biura zjazdów międzynarodowych, uchwalono oświadczyć się za ustanowieniem rzadszych terminów zjazdów (zamiast obecnych 3-letnich) i wybrano na przedstawiciela polskiej prasy lekarskiej w Lizbonie prof. Wicherkiewicza.

— »Przegląd zdrojowy« rozpoczął z dniem 1 kwietnia b. r. piąty rok wydawnictwa. Jak dotychczas, wychodzić będzie to pismo 1 i 15 każdego miesiąca od kwietnia do października. Redakcyą kierują dr. Z. Pelczar z Truskawca i dr. J. Frączkiewicz z Krakowa. Do stałych współpracowników zalicza »Przegląd zdrojowy« wybitnych przedstawicieli tego działu, między nimi zasłużonego dr. B. Skórczewskiego z Krynicy.

— Słownik portugalsko-polski, mogący oddać usługi uczestnikom polskim zjazdu lizbońskiego, wydał świeżo p. Zdanowski. Cena 7 koron.

**Lwów.** Posiedzenie nadzwyczajne Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się 30 marca 1906. 1) Kol. Selzer omówił przypadek padaczki typu Jacksona u kobiety starszej. Choroba

znamionowała się głównie kurczami drgawkowymi, zaczynającymi się typowo od palca wskazującego kończyny górnej prawej i przenoszącymi się na całą kończynę górną, a następnie i dolną. Napady powtarzały się bardzo często, (z górą 100 na dobę). Porażeń wybitnych nie zauważono. Chora przez cały czas pobytu w szpitalu nieprzytomna. Tak sam przebieg choroby, jak i wynik ujemny sekcyi mózgu (na sekcyi znaleziono tylko miernego stopnia wodogłowie wewn. i zewn.), skłania prelegenta do określenia tej choroby jako *status hemiepilepticus idiopathicus*. W dyskusyi zabierają głos dr. I. Fajersztajn i prof. Gluziński, którzy radzą nie spieszyć się z rozpoznawaniem w ogóle choroby tej jako »samoistnej«, a tem bardziej jeszcze, jeśli dotyczy ona osobników starszych. 2) Kol. W. Ziembicki mówił »O postępach w klinicznem badaniu moczu«, przedstawiając próby na cukier, aceton i kwas acetooctowy, tak dawniejsze, jak i nowsze, i oceniając krytycznie ich wartość na podstawie doświadczeń, zdobytych w klinice wewnętrznej Uniw. lwowskiego. Za bardzo dobrą i najczulszą próbę na kwas acetooctowy uważa próbę, podaną przez Arnolda ze Lwowa. 3) Doc. Biernacki w odczycie p. t.: »Jak się żywi nasza inteligencya?« dochodzi na podstawie cyfr, zebranych we Lwowie i w Warszawie, do wniosku, że inteligencya nasza jada — »za tłusto«. O ile bowiem ilości białka i węglowodanów, przyjmowanych dziennie, nie przenoszą wartości ogólnie przyjętych, a ilość węglowodanów jest nawet nieco niższą, o tyle ilość tłuszczu zostaje przekraczaną niekiedy w dwójnasób. Zarzut ten dotyczy również i kuchni polskiej wogóle, która ma być za tłustą w porównaniu z francuską lub angielską. Prelegent uważa reformę kuchni polskiej na wzór kuchni zachodnich za konieczną. 4) Doc. dr. Moraczewski wygłosił odczyt »Sprawozdanie z prac Emila Fischera nad syntezą białka«.

— Z końcem kwietnia b. r. rozdzieli Izba lek. wschodnio-galicyjska trzecią część kwoty, przysłanej na rok bieżący ze związku Towarzystw lek. na zapomogi jednorazowe dla wdów i sierót po lekarzach. Uprawnione do otrzymania zasiłku są wdowy, których mężowie mieszkali w obrębie Izby i sieroty do 20 roku życia. Podania udokumentowane należy wnosić do 15 kwietnia b. r. do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej, Lwów, ul. Dominikańska l. 11.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyła posiedzenie dnia 31 marca 1906 r. Omówiono na niem sprawę zarządu zakładem zdrojowym w Morszynie w najbliższym sezonie, oraz sprawę eksploatacyi zdrojów morszyńskich. Odczytano oferty i opinię syndyka Towarzystwa co do dzierżawy folwarku Morszyn od 1 kwietnia 1908 r. i po przeprowadzonej dyskusyi uchwalono odłożyć ostateczne postanowienie w tej sprawie. Wreszcie na wniosek Tow. lek. lwow. uchwalono urządzić telefon w lokalu Towarzystwa.

— Sekcya sanocka Towarzystwa lekarzy galic. odbyła d. 24 marca b. r. zebranie, na którem wybrano przewodniczącym dr. Jabłońskiego, zastępcą dr. Karpińskiego, a sekretarzem dr. Filimowskiego; uchwalono wyrazić sympatyę walczącym lekarzom dolnoaustryackim i omawiano sprawę leczenia wodą.

— Sekcya wadowicka Towarzystwa lekarzy galicyjskich wybrała na posiedzeniu w dniu 18 marca b. r. swoim przewodniczącym dr. Zawadzińskiego z Wadowic, zastępcą przewodniczącego dr. Idzińskiego z Żywca, sekretarzem administracyjnym dr. Żędzianowskiego, naukowym dr. Müllera, gospodarzem dr. Bukowskiego z Wadowic.

— Kółko pedyatrów przy Towarzystwie lekarskiem lwow. odbyło 24 lutego b. r. II posiedzenie, na którem dr. Quest miał odczyt »O wpływie żywienia na pobudliwość nerwową u osesków«. Prelegent stwierdził już dawniej, że mózg dzieci, zmarłych na tężyczkę, zawiera mniej wapna, niż innych dzieci; obecnie przekonał się doświadczalnie, że u psów, żywionych pokarmem, zawierającym mało wapna, wzmaga się pobudliwość nerwowa; w mózgu tych psów jednakże nie znalazł zmniejszenia ilości wapna. Z drugiej strony stwierdzono, że tężyczka częstszą jest u dzieci, żywionych nadmiernie mlekiem krowiem, obfitującem w wapno. Przez zwykłe podawanie wapna w pożywieniu nie można podnieść ilości wapna przyswojonej, bo warunki przyswajania wapna nie są nam dotychczas dokładnie znane. W dyskusyi przemawiali dr. Czarnik, Szydłowski i Wachtel.

— Miejska komisya zdrowotna wybrała ze swego grona komitet przeciwgruźliczy, który polecił fizykatowi zestawienie statystyki gruźlicy we Lwowie w ostatniem dziesięcioleciu i postanowił wejść w porozumienie z powstałym przed 3 laty komitetem budowy krajowego uzdrowiska dla chorych na gruźlicę, kierowanym przez hr. A. Wodzickiego i prof. A. Gluzińskiego.

**Poznań.** Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk postanowił złożyć Towarzystwu wileńskiemu jako dar jubileuszowy plakiet srebrny z podobizną Karola Marcinkowskiego, dłuta Władysława Marcinkowskiego, a koszta pokryć ze składek członków Wydziału.

**Warszawa.** W Towarzystwie higienicznem warszawskiem powstał nowy wydział: higieny życia domowego, pod kierunkiem dr. Chodeckiego. Towarzystwo podjęło starania o zbudowanie własnego domu, pod który posiada już plac przy ul. Karowej; fundusz zamierza zbierać przez urządzanie zabaw i t. d. — Lubelski oddział Towarzystwa zakłada muzeum higieniczne.

— Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie doczeka się prawdopodobnie wkrótce nareszcie lekarzy-asystentów, stale zajętych na jednym oddziale i mieszkających w szpitalu. Dotychczas bowiem nie było lekarzy pomocniczych, przeznaczonych stale do obsługi oznaczonych oddziałów (tak, jak w Galicyi sekundaryusze), dyżury lekarskie odbywały się niedokładnie z powodu braku mieszkań w szpitalu dla asystentów, odnosząca się zaś do tego uchwała Miejskiej Rady dobroczynności publ. z r. 1902 pozostała dotąd tylko martwą literą. Asystentów stałych ma mieć szpital Dzieciątka Jezus 6, mianowanych co 3 lata na przedstawienie odpowiednich ordynatorów. Każdy asystent będzie się opiekował jednym pawilonem (2 oddziałami); dla 3 z nich, chirurgów, już urządzono w szpitalu mieszkania (»Gaz. lek.« 12).

— Kierownictwo warszawskiego instytutu położniczego, oddanego do czasu otwarcia uniwersytetu szpitalowi Dz. Jezus, powierzono Dr. Grzankowskiemu, a zastępstwo na oddziale ginekologicznym za tegoż Dr. Staniszewskiemu (»Gazeta lekarska« 12).

— Towarzystwo kolonii letnich w Warszawie, (liczące obecnie 831 członków), wysłało w r. 1905 na kolonie bezpłatne 2,613 dzieci (48·9 prc. zakwalifikowanych do wyjazdu), które umieszczono w 11 wsiach i w Ciechocinku kosztem 35,965 rbs. (na dziecko 15·81 rbs.).

— Stypendya rządowe, wypłacane słuchaczom akademii wojskowolekarskiej w Petersburgu, zostaną wstrzymane z dniem 1 września b. r., jeżeli do tego czasu akademia, obecnie zamknięta, nie zostanie otwartą.

— Rada instytutu lekarskiego dla kobiet w Petersburgu, uchwaliła, nie otwierając tego zakładu, dopuścić jednak do zajęć praktycznych w pracowniach i klinikach wszystkie słuchaczki ostatniego kursu, aby w jesieni mogły zdawać egzamin lekarski.

— Podania o przyjęcie do uniwersytetu kijowskiego wniosło 734 kobiet.

— Zatargi pomiędzy ziemstwem moskiewskim i personalem lekarskim ziemstwa przybierają coraz większe rozmiary. I tak ustąpił ze stanowiska cały personal szpitali w Izmaiłowie, Szabłowie, Sucharewie, Kolomnie, Kraskowie i t. d., wszyscy lekarze (12) powiatu Dmitrowskiego. Gubernator moskiewski nakazał wypowiedziane miejsca natychmiast obsadzać, a 5 dawniej uwięzionych lekarzy ziemskich ze służby uwolnić. Również cały personal lekarski okręgowego ziemstwa moskiewskiego i personal szpitala w Balanda (gub. saratowska) wniósł dymisyę.

**Z różnych stron.** II Zjazd międzynarodowego związku prasy lekarskiej odbędzie się w czasie zjazdu w Lizbonie. Na porządku dziennym znajdują się następujące sprawy: Ochrona praw autorskich w piśmiennictwie lekarskiem, granice dziennikarstwa lekarskiego, bezpłatny dziennik lekarski i farmaceutyczny, utworzenie stałego biura i t. d. Związek wyda na zjazd pierwszy swój rocznik, obejmujący spis wszystkich czasopism, należących do związku, z podaniem roku założenia, sposobu wychodzenia i t. d.

— Na zjeździe lizbońskim będzie przedstawicielem Wydziałów lekarskich krakowskiego i lwowskiego prof. Wicherkiewicz, a warszawskiego Tow. lekarskiego dr. Karwacki.

— Wynalazca laryngoskopu, Manuel Garcia, ukończył 17 marca b. r. 101 rok życia.

— Słynnemu syfilidologowi Neisserowi przeszkodziła 9 marca b. r. w Szczecinie gromada ekscedentów wygłosić zapowiedziany wykład publiczny p. t. »Małżeństwo i choroby płciowe«. Lekarze szczecińscy wyrazili z tego powodu swe oburzenie i ubolewanie w zbiorowym adresie, przesłanym Neisserowi.

— Rząd niemiecki zamierza wydać przepisy o państwowych egzaminach dla dozorców chorych.

— Na kolejach żelaznych niemieckich wprowadzono wozy dla chorych, dostępne nawet mniej zamożnym, bo za przewóz opłaca się tylko poczwórną należytość III klasy.

— Liczba słuchaczy medycyny na wszechnicach szwajcarskich nietylko nie spada (jak się to dzieje w całej Europie), lecz przeciwnie wzrasta (przed laty dziesięciu 1,004, w r. b. 1,799). Wzrost ten jednak powstał głównie przez przybytek cudzoziemców (z 381 w roku 1895/6 wzrosła ich liczba na 1,238 w r. b.), liczba studentów Szwajcarów przeciwnie zmniejszyła się nieco (z 623 na 561). W roku bieżącym uczęszcza na medycynę w Szwajcaryi więcej kobiet (993), niż mężczyzn (806). W Bazylei jest tylko 4 słuchaczki, a 136 słuchaczy, w Lozannie 327 kobiet, a tylko 127 mężczyzn.

— W Rzymie otwarto osobną szkołę miejską dla dzieci, dotkniętych zaraźliwemi cierpieniami oczu.

— »Narodowe Towarzystwo dla badania padaczki« w Ameryce rozpisało międzynarodowy konkurs z nagrodą 1,200 marek za najlepszą pracę o powstawaniu padaczki. Prace nadsyłać należy do 1 sierpnia r. b. do prezesa tego towarzystwa w Sonyea w Stanie nowojorskim.

**Mianowani**: Prof. Noorden z Frankfurtu dyrektorem kliniki lekarskiej w Wiedniu (po Nothnaglu); laryngolog doc. Gerber w Królewcu, profesorem nadzw.; prof Albertotti z Modeny profesorem okulistyki w Padwie.

Dr. Kazimierz Wernicki lekarzem miejskim we Lwowie.

**Powołani**: Doc. Klingmüller z Wrocławia na katedrę dermatologii w Kiel (po Dühringu); tyt. prof. de la Camp z Berlina na kierownika polikliniki lekarskiej w Marburgu; prof Passow na miejsce ustępującego prof Lucaego na dyrektora kliniki otyatrycznej w Berlinie.

**Zmarli**: Doc położnictwa Bordé w Bolonii.

**Bibliografia**:

— *Gazeta lekarska* Nr. 12. Bernhardt O krętku bladym Schaudinna w tkankach. Starkiewicz: Z powikłań tyfusu brzusznego. Jaworski (dok. z Nr 11)

— *Medycyna* Nr. 12. Bregman. Przyczynek do patologii mostu Varola I Zapalenie rozlane mostu Varola, zakończone wyzdrowieniem. Gałecki (c. d. z Nr. 11).

— *Tygodnik lekarski* Nr. 13. Szumowski: Stan Lwowa pod względem lekarskim w r. 1772. Szulisławski: Kiła oka (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 7. Mikołajski: 1) Ruch organizacyjny lekarzy w Austryi, 2) Kontrola sanitarna nad mamkami, i ciąg dalszy artykułów z Nr 6.

— *Časopis lékařův českých* Nr. 13. Šamberger: Akneiformni tuberkulidy. Vitek: K nauce o progressivni spinalni amyotrofii. Schnurpfeil: Medullárni anaesthesie Bierova v kombinaci s adrenalinem a suprareninem Sieber: Připad myxoedemu.

— *Russkij Wracz* Nr. 9. Kuzniecow: O skręceniu pętli esowatej w następstwie zbliznowacenia krezki. Orłowski, Zielonkowski (c. d. z Nr. 8).

— *Presse médicale* Nr. 24. Sézary: Mikrobiologia kiły. Treponema pallidum Schaudinna. Chaput: Rękawiczki kauczukowe (pomysłu dr. Chaputa). — Nr. 25. Dejerine i Gauckler: Rzekomi chorzy na żołądek. Mahu: Opryszczki pozagardłowe.

— *Semaine médicale* Nr. 13. Bard: Ogólne zmiany rakowe naczyń limfatycznych płuc

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 13. Neuburger: Ernest Feuchtersleben. Vas: O bakteryomoczu durowym i jego stosunku do nerek. Moro i Murath: O bakteryjnych substancyach hamujących stolców noworodków. Okuniewski: Przyczynki kazuistyczne.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 13. Arnold: W sprawie morfologii i biologii komórek tucznych, leukocytów i limfocytów. Berger: O rozróżnieniu przypadków prawdziwej cholery od zachorowań do niej podobnych. Baumann: O odruchu gardłowym. Siegel: Stwardnienie tętnic w chirurgii. Lange: Szkoła a gorset. Gebele i Ebermayer: O leczeniu gruźlicy stawów. Behm: Osobliwy postrzał jamy szczękowej. Philip: Ochrona bielizny przy wiewiórze. Dreyfus: Urazowa nieruchomość źrenic. Posselt, Sutherland (dok. z Nr. 12).

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 13. Kranzfelder i Oertel: W sprawie wojenno-chirurgicznego znaczenia nowej amunicyi piechoty niemieckiej. Schmidt: Leczenie gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową. Neisser: Próby przeniesienia kiły na małpy. Hoffmann: Badania doświadczalne nad zakaźnością krwi kiłowej. Wichmann: Sposób działania i zużytkowania promieni radu i promieniotwórczości na skórę, zwłaszcza w toczniu. Berliner: W sprawie leczenia gorączki siennej. Ollendorff: Nagła niedrożność wskutek kamieni żółciowych bez bezpośrednich wykazalnych zaburzeń w drogach żółciowych. Lohnstein: Alypina w praktyce urologicznej. Hechinger: Znieczulenie miejscowe w otyatryi. Leuwer: Uzupełnienie artykułu z Nr. 10.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 14. Hoffmann: O nowoczesnem leczeniu przewlekłych chorób serca. Schmidt: O wzajemnym stosunku chorób serca i żołądka oraz jelit. Strasser i Blumenkranz: W sprawie leczenia zapalenia nerek. Kaiserling: O nerwowości po operacyach ginekologicznych. Uffenheimer. O zachowaniu się prątków gruźliczych we wrotach zakażenia. Kempner, Hirschfeld (dok. z Nr. 13). Maass: Nowsze środki przeczyszczające.

**Redakcya otrzymała**: Stahr: Üb. den Blutbefund bei der Bierschen Stauungstherapie. Odb. z „Wiener klin. Wochs." 1906. — M. W. Herman 1) O leczeniu ostrych spraw ropnych przekrwieniem zastoinowem. Odb. z „Tyg. lek." 1906. 2) Versuche chirurgischer Behandlung von chronischen Entzündungsprocessen des Dickdarms. Odb. z „Centrbl. f. Grenzgeb." 1904. 3) Pogląd na obecny stan nauki o leczeniu przypadków chorobowych towarzyszących przerostowi gruczołu krokowego. Odb. z „Nowin lek." 1905. — Pamiętnik polskiego Towarzystwa balneologicznego. Rok 1905 Kraków 1906. — Krokiewicz: 1) Eine sehr empfindliche Reaction auf Gallenfarbstoffe. Odb z „Münch med. Woch." 1906. 2) Erfahrungen mit Marmoreks Serum bei der Lungenphtise. Odb. z „Wien. klin. Woch." 1906. 3) Przypadek „chloroma multiplex". Odb. z „Gaz. lek." 1905 — Bogdanik: Die konservative und operative Behandlung der Knochen- u. Gelenkstuberkulose. Odb. z „Wr. klin.-ther. Woch." 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
**Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.**

L. 2.287/06. **KONKURS.**

Celem obsadzenia posady drugiego lekarza gminnego w Borysławiu, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do 15 kwietnia 1906, w którym kompetenci winni wnieść podania udokumentowane po myśli § 7 ust. z dnia 2 lutego 1891, Dz. u. kr. Nr. 17, na ręce Zarządu gminy. Roczna płaca wynosi 1.000 K.

Zarząd gminy Borysław. 123

C. k. Komisarz rządowy.

C. k. Dyrekcya kolei państwowych
w Krakowie.

L. 22.822/I.

## Ogłoszenie konkursu.

Na posadę lekarza c. k. kolei państwowych z siedzibą w Bochni ogłasza się niniejszem konkurs. Do okręgu lekarskiego w Bochni przydzieloną jest przestrzeń od kilometra 19·0 do kilometra 59·3 na linii Kraków—Podwołoczyska, wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami Kłaj, Bochnia i Słotwina. Do obowiązków lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jakoteż wykonywanie innych czynności lekarskich dotyczącemi przepisami bliżej określonych.

Z posadą tą połączone jest honoraryum w kwocie 2.200 K. i ryczałt na fiakry w kwocie 200 K. rocznie.

O posadę powyższą ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym i chirurgicznym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 1 K. zaopatrzone, wnosić należy najpóźniej do 15 kwietnia 1906 do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (Oddział I.). 124

Kraków, dnia 26 marca 1906.